

**PSYCHOSOZIALE REHABILITATION
VON UROSTOMIE - PATIENTEN**

GUY ARNOLD

1986

Aus der Medizinischen Poliklinik der Universität München
Vorstand: Prof. Dr. N. Zöllner

Psychosoziale Rehabilitation von Urostomie-Patienten

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Guy Arnold

aus

Hamburg

im Jahr

1986

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. R. Klußmann

Mitberichterstatter: Prof. Dr. N. Zöllner

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 27.05.1986

πολλὰ γὰρ τὰ κωλύοντα εἶδέναι·
ἢ τ' ἀδηλόγηται καὶ βραχὺς ὢν
ὁ βίος τοῦ ἀνθρώπου.

Protagoras, fr. 4

Ohne eine Unterstützung von vielen Seiten ist eine medizinische wissenschaftliche Arbeit nicht durchzuführen. Ich danke in erster Linie Herrn Prof. Klußmann von der psychosomatischen Beratungsstelle der Medizinischen Poliklinik der Universität München für die Überlassung des Themas und die Betreuung der Arbeit.

Ferner gilt mein Dank Herrn Dr. Praetorius, dem Chefarzt der Urologischen Klinik Planegg, Herrn Dr. Bressel, dem Leitenden Arzt der Urologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Harburg, Herrn Dr. Laible aus der Urologischen Klinik des Universitätsklinikums München-Großhadern (Direktor: Prof. Dr. E. Schmiedt) und Frau Kollo, der Stomatherapeutin des Universitätsklinikums München-Großhadern. Sie alle haben mir freundlicherweise die Namen der Urostomie-Patienten zur Verfügung gestellt.

Für die Beratung in statistischen Fragen danke ich Herrn Thieme vom Institut für Statistik und Biometrie der Universität München.

Die 48 Fragebögen, die dieser Arbeit zugrunde liegen, strahlen eine Individualität aus, die sich nur wenig vermitteln läßt. Den Patienten, die diese Fragebögen zurückschickten, gilt mein Dank.

Inhaltsübersicht

1. Einleitung	1
2. Methodik	3
3. Ergebnisse	7
3.1 Die Rücklaufquoten	7
3.2 Die Operationszentren	7
3.3 Die Daten der Krankenblätter	8
3.4 Die Daten der standardisierten Tests	10
3.5 Die Daten und Ergebnisse des Urostomie- Fragebogens	13
3.6 Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse	72
4. Kasuistik	74
5. Diskussion	85
5.1 Methodikkritik	85
5.2 Der Fragebogen	87
5.3 Ein Vergleich mit Anus- <i>praeter</i> -Trägern	88
5.4 Ein Vergleich mit Urostomie-Patienten aus der Schweiz	91
5.5 Einzelne Ergebnisse	95
5.6 Zusammenfassende Überlegungen	108
6. Schlußfolgerung und Ausblick	109
7. Zusammenfassung	111
8. Literaturverzeichnis	113
9. Lebenslauf	116
10. Anhang	117
- Der Urostoma-Fragebogen	
- Die Beschwerden-Liste	
- Die Befindlichkeits-Skala	
- Der Gießen-Test	
- Zwei Profilblätter zum Gießen-Test	

1. Einleitung

Mit unserer retrospektiven Studie über 48 Urostomie-Patienten, die auf einem von uns erarbeiteten Fragebogen und 4 standardisierten Tests beruhte, verfolgten wir mehrere Ziele:

- A) Aufschluß über die Häufigkeit, in der Urostomie-Patienten starke Veränderungen
 - in der Freizeit,
 - im Berufsleben,
 - in ihrem Freundeskreishinnehmen mußten.
- B) Aufschluß über den Umfang, in dem sie mit
 - Depressionen,
 - Suizidgedanken,
 - starkem Alkoholkonsumauf das Stoma und das dadurch veränderte Körperbild reagierten.
- C) Angaben darüber, wie die Patienten ihren Zustand einschätzten.
- D) Angaben darüber, ob die Patienten in der Lage waren, das Stoma zu akzeptieren.
- E) Ein Vergleich mit einer Referenzarbeit aus der Schweiz (Studer, 1981).
- F) Mit statistischen Methoden die Feststellung der Parameter, die die Fähigkeit, den Beutel zu akzeptieren, beeinflussen oder von ihr abhängen.

Dabei unterschieden wir zwischen solchen Parametern, die dem Zeitraum vor der Operation zuzuordnen waren, und solchen, die dem nach der Operation zuzuordnen waren. Im ersten Fall konnten wir von Einfluß auf die postoperative Akzeptanz sprechen und davon ausgehen, daß dieser Einfluß auf bestimmten Verhaltens- und Erlebensweisen der jeweiligen Personengruppen beruht. Nach unseren vorab gestellten Hypothesen

sollte das für folgende Parameter gelten:

- 1) Das Alter.
- 2) Das Geschlecht.
- 3) Die Schul- und Berufsbildung.
- 4) Eine bewußte Einstellung zum Körper.
- 5) Die Tatsache, daß psychische oder psychosomatische Krankheiten vorliegen oder nicht.
- 6) Die präoperative Aufklärung.

Im zweiten Fall, wenn also die Parameter dem Zeitraum nach der Operation zuzuordnen waren, konnten wir von wechselseitiger Abhängigkeit sprechen; das bedeutete, daß die Fähigkeit oder Unfähigkeit, den Beutel zu akzeptieren, mit dem Fehlen oder Vorhandensein weiterer Einschränkungen einherging. Nach unseren Hypothesen sollte das für folgende Faktoren gelten:

- 7) Die medizinische Betreuung nach der Operation.
- 8) Die Zahl körperlicher Beschwerden .
- 9) Soziale Einschränkungen.
- 10) Die Einstellung zu den Freunden.

Es sollte mit unseren Ergebnissen möglich sein, die Patientengruppen zu benennen, die vor der Operation einer besonders sorgfältigen Aufklärungsarbeit bedürfen, und es sollte möglich sein, die Ansatzpunkte einer Verbesserung der psychosozialen Rehabilitation von Urostomie-Patienten zu zeigen.

2. Methodik

2.1 Der Fragebogen

Um eine einigermaßen große Fallzahl zu erzielen, schien es uns unumgänglich zu sein, mit Fragebögen zu arbeiten. Wir entwickelten für unseren Zweck einen Fragebogen mit 123 Fragen; dabei berücksichtigten wir zum einen unsere vorher erwähnten Hypothesen, zum anderen versuchten wir, die Parameter der Schweizer Referenzarbeit (Studer, 1981), deren Fragebogen uns nicht vorlag, einzuarbeiten.

Unserem eigenen Fragebogen fügten wir 4 standardisierte Tests bei: die 2 Beschwerden-Listen BL und BL' (v. Zerssen, 1976-1), die Befindlichkeits-Skala BfS (v. Zerssen, 1976-2), sowie den Gießen-Test GT-S (Beckmann, 1975).

(Eine genauere Beschreibung findet sich auf S. 10 ff und im Anhang.)

2.2 Das Kollektiv

Wir nahmen - mit einer Ausnahme - nur solche Patienten in unsere Studie auf, deren Urostomaoperation länger als 6 Monate zurücklag. Weitere Ausschlusskriterien - etwa Alter, Diagnose oder Art der Operation - gab es nicht. Ein Interview führten wir mit einem Patienten, der sein Urostoma erst 4 Monate hatte. Da dieser Patient jedoch seit mehr als 3 Jahren einen endständigen Anus-*praeter* hatte und mit der Problematik vertraut war, wurden sein Antworten von uns berücksichtigt. Dieser Patient wird im Kapitel "Kasuistik" als 7. Fall näher vorgestellt.

2.3 Die Erhebung

Auf der Grundlage unseres Fragebogens führten wir vorab 9 (von 10) Interviews; die uns gegebenen Antworten wurden in die Fragebögen übertragen und gingen später in die allgemeine Auswertung ein.

Dann wurden weitere Exemplare über 3 Zentren verteilt. Das Allgemeine Krankenhaus Hamburg-Harburg erhielt 40 Fragebögen, die im Zuge des Stations- und Ambulanzbetriebes an die Patienten ausgehändigt werden sollten. Über die Adressenlisten des Klinikums München-Großhadern wurden 41 Fragebögen direkt an die Patienten verschickt. Mit Hilfe der Listen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in München wurden 9 Interviews geführt und 20 weitere Bögen verschickt. Ein Interview führten wir in Hamburg, nachdem der Patient seinen Bogen ausgefüllt hatte. Der Erhebungszeitraum lag zwischen November 1983 und August 1984.

2.4 Die Auswertung

Zunächst ermittelten wir mit Hilfe von Schablonen die Punktwerte von BL, BL', BfS und Gießentest. Alle Items wurden auf relative Häufigkeit untersucht. Mit statistischen Methoden wollten wir herausfinden, ob wir bei der Beantwortung von je 2 Items Unabhängigkeit ausschließen konnten oder nicht, wobei unser Interesse vornehmlich der subjektiven Akzeptanz galt. Zu diesem Zweck mußten wir von den Items A und B Kontingenztafeln herstellen, die wir unter Verwendung von 2 Ansätzen untersuchten:

Der Chi-Quadrat-Test:

$$\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^r \frac{(f_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

Dieser Test hatte zur Voraussetzung, daß kein Erwartungswert e_{ij} kleiner war als 5. In diesem Falle verwendeten wir die 2-I-Statistik:

$$\sum_{ij} 2 f_{ij} (\ln f_{ij} - \ln e_{ij})$$

Dabei sollten bedeuten:

r : die Zahl der Zeilen
 k : die Zahl der Spalten
 f_{ij} : der abgelesene Wert der Zeile i und der Spalte j
 e_{ij} : der dazugehörige Erwartungswert, also das
 Produkt aus Zeilensumme und Spaltensumme,
 dividiert durch die Gesamtsummen

Die Zahl der Freiheitsgrade für beide Ansätze war:

$$(r-1)(k-1).$$

Für beide Tests formulierten wir Nullhypothese H_0
 und Alternativhypothese H_1 :

H_0 : A_i und B_j sind voneinander unabhängig

H_1 : A_i und B_j sind voneinander nicht unabhängig.

Wir verwarfen die Nullhypothese und nahmen
 die Alternativhypothese an, wenn die berechneten
 Werte größer waren als folgende Grenzwerte:

3,841 bei 1 Freiheitsgrad (FHG)

5,991 bei 2 FHG

7,815 bei 3 FHG

9,49 bei 4 FHG

11,07 bei 5 FHG

12,59 bei 6 FHG

Die Irrtumswahrscheinlichkeit lag in allen Fällen
 bei 0,05.

Für den Fall, daß f_{ij} gleich 0 war, verwendeten wir
 die Korrektur nach Ku (Sachs, 1974, S.373): Wir
 berechneten die 2-I-Statistik für $rxk-1$ Felder und
 subtrahierten vom erhaltenen Wert 1; entsprechend
 verfahren wir, wenn der Fall zweimal eintrat.

In seltenen Fällen gab der Chi-Quadrat-Anteil

$$\frac{(f_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \quad \text{darüber Aufschluß, ob ein einzelner}$$

Wert einer Tafel inhomogen verteilt war. Wir nahmen
 das mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 0,05 an,
 wenn der Anteil größer war als 3,841.

Im folgenden werden wir hinter den berechneten Wert
 den Grenzwert in Klammern setzen.

(Für alle statistischen Methoden gelten folgende
Literaturhinweise:

Zum Chi-Quadrat-Test:

Kollegium Biomathematik, 1976, S. 183ff

Immich, 1974

Lienert, 1973, S. 56off

Sachs, 1974, S. 366ff

Zum Chi-Quadrat-Anteil:

Lienert, 1973, S. 56off

Zur 2-I-Statistik:

Lienert, 1973, S. 529ff

Sachs, 1974, S. 377ff)

3. Die Ergebnisse

3.1 Die Rücklaufquoten

Nachdem wir 9 Interviews geführt hatten, gaben wir - wie schon erwähnt - 101 Fragebögen aus der Hand; von diesen erhielten wir 39 ausgefüllt zurück, bei 5 weiteren schrieben uns Angehörige, der Patient sei in der Zwischenzeit verstorben.

Die Rücklaufquoten im einzelnen:

- Insgesamt:

44 von 101 angeschriebenen Patienten = 43,6 %

- Das Krankenhaus Hamburg-Harburg:

10 von 40 überlassenen Fragebögen = 25,0 %

- Das Klinikum Großhadern:

16 von 21 angeschriebenen Patienten = 39,0 %

- Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder:

18 von 20 angeschriebenen Patienten = 90,0 %

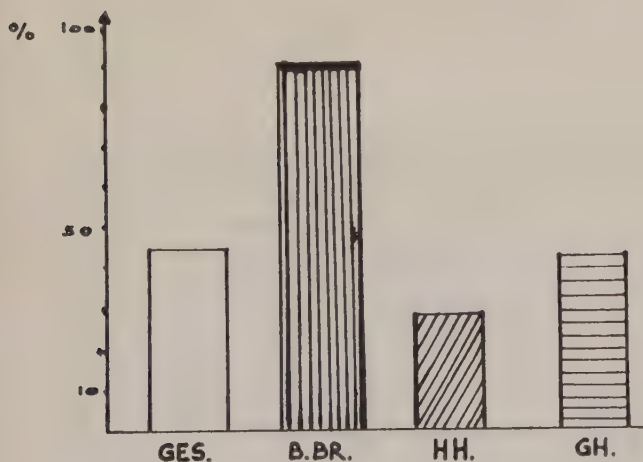


Diagramm 1: Die Rücklaufquoten der 3 Zentren

3.2 Die Operationszentren

Die 4 auswertbaren Bögen verteilten sich folgendermaßen:

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder:	26	54,2 %
AKH Hamburg-Harburg:	9	18,8 %
Klinikum Großhadern:	11	22,9 %
Sonstige:	2	4,2 %

Diese 2 Patienten erhielten zwar den Fragebogen über eines der Zentren, waren dort aber nicht operiert worden. Einer begab sich, weil er als Besucher in München war, in die Urostomasprechstunde im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder und wurde dort von uns interviewt. Der zweite Patient wurde in Hannover operiert, erhielt den Fragebogen aber über das Harburger Krankenhaus. Da wir in beiden Fällen die Zeit der Operation für wichtiger erachteten als die Zeit der Nachsorge, führen wir sie - außer bei der Berechnung der Rücklaufquoten - gesondert auf.

3.3 Die Daten der Krankenblätter

Nur bei einigen Münchener Patienten war es uns möglich, Krankenblätter oder Arztbriefe einzusehen.

3.3.1 Die Diagnose

Obwohl wir auch die Patienten nach der Diagnose fragten, versuchten wir doch soweit als möglich, die Diagnose den Krankenblättern zu entnehmen, weil wir eine große Zahl von Karzinompatienten erwarteten. Es ergab sich folgende Verteilung:

Diagnose unbekannt:	4	8,3 %
Blasenkarzinom:	34	70,8 %
Genitalkarzinom:	4	8,3 %
Neuropene Leiden	3	6,3 %

-- Neurogene Blase bei Grand-mal-Epilepsie

-- Encephalomyelitis disseminata

-- Zustand nach hoher Querschnittslähmung

Andere: 3 6,3 %

-- Interstitielle Zystitis mit Schrumpfbhase

-- Schrumpfblase nach Bestrahlung

-- Rektumkarzinom.

Nach anderer Einteilung waren also:

Karzinompatienten	40	83,3 %
Patienten, die kein Karzinom hatten	6	12,5 %

3.3.2 Die Art der Operation

Nach Möglichkeit entnehmen wir den Krankenblättern auch die Operationsart:

Unklar	16	33,3 %
Ileum-Conduit	23	47,9 %
Colon-Conduit	3	6,3 %
Ureterocutaneostomie	6	12,5 %

	Barm. Br.	Großhadern	Harburg
Ileum-Conduit	23		
Colon-Conduit			3
Ureterocutaneostomie		6	
Unklar	3	5	6

Diese Tafel zeigt die Verteilung der Operationsarten auf die einzelnen Kliniken.

3.3.3 Die Tragezeit des Stomas

Sie ergibt sich aus den Angaben über Operationszeitpunkt und Datum der Beantwortung.

Keine Angabe	10	20,8 %
0 - 5 Monate	1	2,1 %
6 - 11 "	11	22,9 %
12 - 17 "	7	14,6 %
18 - 23 "	6	12,5 %
24 " u. länger	13	27,1 %

Mit 5 Jahren und 8 Monaten trug ein dreiundachtzigjähriger Mann sein Stoma am längsten. Bei dem Patienten, der sein Urstoma erst seit 4 Monaten hatte, handelte es sich um jenen schon im Kapitel "Methodik" erwähnten Mann, der zusätzlich seit 44 Monaten einen endständigen Anus-praeter hatte.

3.4 Die Daten der standardisierten Tests
Gemeinsam ist diesen 4 Tests, daß ihre Daten für Menschen bis zur Vollendung des 64. Lebensjahrs standardisiert sind.

3.4.1 Des Gießentest (GT-S)

Dieser Test umfaßt 40 Items, die dem Patienten die Möglichkeit geben, sich selbst einzuschätzen. Diese 4 Items sind 6 Skalen zugeordnet, ferner werden die Zahl der extremen Antworten und die Zahl der mittleren Antworten registriert. Die mit Schablonen berechneten Punktwerte werden auf ein Profilblatt übertragen; von diesen fügen wir 2 im Anhang bei. 29 Patienten unter 64 Jahre haben diesen Test ausgefüllt.

Skala 1:

Diese Skala untersucht, ob die Patienten im Umgang mit der Umwelt eher eine negative Resonanz (NR) oder eine positive Resonanz erleben (PR). Der Durchschnittswert unserer Patienten lag bei 30, das standardisierte 50-Prozent-Niveau bei 29, die Tendenz ging also in Richtung positive Resonanz.

Skala 2:

Diese Skala untersucht, ob sich die Patienten im Verhältnis zur Umwelt eher als dominant (DO) oder als gefügig (GE) erleben. Der Durchschnittswert unserer Patienten lag bei 27, das 50-Prozent-Niveau bei 27,5, die Tendenz ging also ein wenig in Richtung Dominanz.

Skala 3:

Diese Skala untersucht, ob sich die Patienten eher unterkontrolliert (UK) oder zwanghaft (ZW) einschätzten. Der Durchschnittswert unserer Patienten

lag bei 27, das 50-Prozent-Niveau bei 23, die Tendenz ging also in Richtung Unterkontrolliertheit.

Skala 4:

Diese Skala untersucht, ob sich die Patienten eher als hypoman (HM) oder als depressiv (DE) erlebten. Der Durchschnittswert unserer Patienten lag bei 22, das 50-Prozent-Niveau bei 23, die Tendenz ging also in Richtung Hypomanie.

Skala 5:

Diese Skala untersuchte, ob sich die Patienten eher als durchlässig (DU) oder als retentiv (RL) erlebten. Der Durchschnittswert unserer Patienten lag bei 21, das 50-Prozent-Niveau bei 23,5, die Tendenz ging also in Richtung Durchlässigkeit.

Skala 6:

Diese Skala untersuchte, ob sich der Patient eher als sozial potent (PO) oder als sozial impotent (IP) erlebte. Der Durchschnittswert unserer Patienten lag bei 19, das 50-Prozent-Niveau bei 21,5, die Tendenz ging also - von allen Skalen am stärksten - in Richtung Potenz.

Es ist uns bewußt, daß das Datenmaterial dieses Tests nicht ausgeschöpft wurde. Küchenhoff und Wirsching (1983) verwendeten ihn, um einzelne typische Verlaufsformen herauszuarbeiten; sie beschränkten sich allerdings auf Ileostomie- und Colostomiepatienten. Für Urostomiepatienten stehen derartige Untersuchungen noch aus.

3.4.2 Die Beschwerden-Listen BL und BL'

Jede dieser Listen enthielt 24 Items, bei denen die Patienten die Stärke in 4 verschiedenen Stufen von "STARK" bis "GAR NICHT" angeben konnten. Wir haben die Rohwerte beider Listen addiert und durch 2 dividiert. Der so erhaltene Wert wird im folgenden mit "BL" abgekürzt. Bei der Kategorisierung halten

wir uns an die Vorschläge von v. Zerssen (1976-1, S. 9).

Alter	bis 64 n = 30	über 65 n = 18	Ges. n = 48
Nicht ausgefüllt	2	3	5
Ausgefüllt	28	15	43
0 - 21 Normalbereich	19/68 %	6/ 40 %	25/ 58 %
22 - 27 Fraglich abnorm	2/ 7 %	3/ 20 %	5/ 12 %
28 u. mehr Sicher abnorm	7/25 %	6/ 40 %	13/ 30 %
Durchschnittswert	20,2	24,7	21,7
Der Durchschnittswert der Eichstichprobe ist mit 14,3 angegeben.			

Diese Werte waren abhängig vom Operationszentrum, und zwar sowohl für die Gruppe der unter 64 Jährigen, als auch für das Gesamtkollektiv. Wir untersuchten eine Sechs-Felder-Tafel mit 3 Operationszentren und 2 Spalten mit kohlerten der BL, die Grenze war 28.
 2-I-Statistik (-64): 8,675 (5,991)
 2-I-Statistik (Ges): 7,337 (5,991)
 Die Nullhypothese konnte in beiden Fällen verworfen werden.

Teilergebnis: Die Durchschnittsrohwerter unseres Kollektivs liegen um 40-50 % höher als der Mittelwert der Eichstichprobe; die Werte der BL sind abhängig vom Operationszentrum.

3.4.3 Die Befindlichkeitsskala BfS

Dies ist ein Test mit 28 gegensätzlichen Adjektivpaaren, von denen eines positiv, das entgegengesetzte negativ gefärbt ist; als dritte Möglichkeit stand dem Probanden die Kategorie "Weder-Noch" offen. Auch in diesem Fall haben wir nach den Vorschlägen von v. Zerssen (1976-2, S. 10) eingeteilt.

Alter	bis 64	über 65	Ges.
	n = 30	n = 18	n = 48
Nicht ausgefüllt	2	4	6
Ausgefüllt	28	14	42
0 - 3 Auffallend niedrig	6 / 21%	4 / 29%	10 / 24%
4 - 17 Normalbereich	12 / 43%	5 / 36%	17 / 40%
18 - 24 Fraglich abnorm	1 / 4%	2 / 13%	3 / 7%
25 u. mehr Sicher abnorm	9 / 32%	3 / 21%	12 / 29%
Durchschnittswerte	11,3	14,0	12,2

Der Durchschnittswert der Eichstichprobe mit Patienten von 20-64 Jahren lag bei 11,9.

Diese Werte waren vom Operationszentrum unabhängig.

Wir rechneten ebenso wie bei der Beschwerdeliste, nur wählten wir als Grenze analog den Wert 25.

2-I-Statistik (-64): 1,925 (5,991)

2-I-Statistik (Ges): 3,196 (5,991)

Die Nullhypothese konnte in beiden Fällen nicht verworfen werden.

Ferner konnten wir Abhängigkeit von den Werten der BL nachweisen; insbesondere das Feld der in beiden Fällen sicher abnormen Werte war überzufällig häufig besetzt. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf die beiden schon erwähnten Originalarbeiten von v. Zerssen (1976-1 und 1976-2).

Teilergebnis: Die Punktwerte der Befindlichkeits-skala waren im Durchschnitt mit dem Mittelwert der Eichstichprobe vergleichbar. Diese Werte waren außerdem - im Gegensatz zu den Werten der BL - vom Operationszentrum unabhängig.

3.5 Die Daten und Ergebnisse des Urostomie-Fragebogens
Aus Gründen der leichteren Verständlichkeit stellen wir zunächst einige Ergebnisse vorab dar.

3.5.1 Einige Daten vorweg

3.5.1.1 Die subjektive Akzeptanz (im Urostomie- Fragebogen auf Seite 5)

Die Beantwortung der Frage, ob die Patienten den Beutel und das Stoma akzeptierten, sich daran gewöhnten, sich damit abfanden oder nicht, sollte in unserer Untersuchung eine wichtige Rolle spielen. Zu unserer Überraschung fand sich bei der Auswertung, daß einige Patienten bei dieser Frage Mehrfachantworten gegeben hatten. Das ergab folgendes Bild:

Keine Angabe:	2
Akzeptiert:	20
Gewöhnt:	14
Abgefunden:	19
Nicht abgefunden:	3

Insgesamt wurden 56 Angaben gemacht.

Für die Erstellung und Berechnung von Kontingenztafeln mußten wir - wie üblich - nur eine Antwort für gültig erachten. Wir haben uns aus der Überlegung, daß derjenige, der den Beutel uneingeschränkt akzeptiert, nicht in anderen Rubriken Kreuze setzt, für die pessimistischste Lösung entschieden und nur die jeweils schlechteste Antwort gewertet.

Keine Angabe	2	4,2 %
Akzeptiert	12	25,0 %
Gewöhnt	12	25,0 %
Abgefunden	19	39,5 %
Nicht abgefunden	3	6,3 %

Alle folgenden statistischen Berechnungen wurden auf der Basis dieser Zahlen gemacht.

Bezüglich der Diagnose ergibt sich keine Abhängigkeit; wir stellten die Karzinom-Patienten den anderen gegenüber.

2-I-Statistik: 5.023 (7,815)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden.

Die Abhängigkeit zur Beschwerdeliste untersuchten wir wie vorher mit 2 Spalten und dem Grenzwert 28.

2-I-Statistik (korr.): 10,279 (7,815) (für das Gesamtkollektiv)

Die Nullhypothese kann verworfen werden.

Analog verfahren wir mit der Befindlichkeitsskala, hier allerdings mit dem Grenzwert 25.

2-I-Statistik (korr.) (Ges.) : 7,835 (7,815)

Die Nullhypothese konnte verworfen werden.

Teilergebnis: Ein Viertel unserer Patienten konnte den Beutel nach eigener Aussage uneingeschränkt akzeptieren. Diese Akzeptanz beeinflusste die Werte von Beschwerdeliste und Befindlichkeitsskala in dem Sinne, daß Patienten mit hohen Werten sich mit dem Stoma allenfalls abfanden und Patienten mit niedrigen Werten den Beutel eher akzeptierten. Die Akzeptanz ist unabhängig von der Diagnose.

3.5.1.2 Der jetzige Zustand (Fragebogen S.9)

Wir fragten nach einer allgemeinen Beschreibung des Zustands und gaben 4 Antwortmöglichkeiten vor. Gelegentliche Doppelantworten ließen sich immer mithilfe der nächsten Frage einer Rubrik zuordnen.

Keine Angabe	1	2,1 %
Gut	15	31,3 %
Normal	20	41,7 %
Schlecht	9	18,8 %
Sehr elend	3	6,3 %

Bei der Aufstellung von Kontingenztafeln stellten wir in der Regel die 35 Patienten der ersten beiden Zeilen (73 %) den 12 Patienten der letzten beiden Zeilen gegenüber (25 %). Gegenüber der BfS ergaben sich folgende

2-I-Statistik (-64): 6,338 (3,841)

2-I-Statistik (Ges.) : 4,634 (3,841)

Die Nullhypothese konnte in beiden Fällen verworfen werden.

Gegenüber den 4 Spalten der subjektiven Akzeptanz ergab sich folgende

2-I-Statistik: 10,157 (7,815)

Die Nullhypothese konnte verworfen werden.

Teilergebnis: Drei Viertel unserer Patienten stufen ihren Zustand als "gut" oder "normal" ein. Die Abhängigkeit hinsichtlich der Werte der BfS zeigt, daß die Angaben der Patienten plausibel sind. Daß die Patienten, die den Beutel akzeptiert hatten, ihren Zustand häufiger "gut" nannten, erscheint auch plausibel.

3.5.2 Die letzte Seite zuerst (Fragebogen S. 13)
Auf dieser Seite fragten wir nach den Daten zur Person, die wir der Übersichtlichkeit halber an dieser Stelle nennen wollen.

3.5.2.1 Das Geburtsdatum

Es ergab sich folgende Altersstruktur:

Unter 40 Jahre	7	14,6 %
41 - 50 "	3	6,3 %
51 - 60 "	15	31,3 %
61 - 70 "	10	20,8 %
71 u. älter	13	27,1 %

Das Durchschnittsalter betrug 50 Jahre und 6 Monate.

25 Patienten (52 %) waren zum Zeitpunkt der Befragung noch in einem Alter, das Berufstätigkeit zuließ. Für die folgenden Kontingenztafel haben wir jedoch die Einteilung verwendet, die auch für die standardisierten Tests relevant war:

Bis zur Vollendung des

65. Lebensjahres	30	62,5 %
------------------	----	--------

Nach der Vollendung des

65. Lebensjahres	18	37,5 %
------------------	----	--------

Die uns aus den drei Operationszentren zugegangenen Bögen waren nicht altersabhängig verteilt.

2-I-Statistik: 4,251 (5,991)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden.

Gemäß der in der Einleitung aufgeführten Hypothese untersuchten wir ferner, ob die Akzeptanz altersabhängig war.

2-I-Statistik: 5,025 (7,815)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden.

Auch einzelne Werte gaben keinen Hinweis auf Inhomogenität.

Auch die Beschreibung des Zustands (4 Spalten) war nicht altersabhängig.

2-I-Statistik: 1,183 (7,815)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden.

Teilergebnis: Bei einem Durchschnittsalter von knapp 59 Jahren war die Hälfte der Patienten in berufsfähigem Alter. Die Bögen wurden uns aus den Zentren altersunabhängig zugeschickt. Weder für die Akzeptanz noch für die Zustandsbeschreibung ließ sich Altersabhängigkeit nachweisen.

3.5.2.2 Das Geschlecht

Die 48 Patienten verteilten sich folgendermaßen:

Männlich	34	70,8 %
Weiblich	14	29,2 %

Da ein Großteil der Patienten an Blasentumoren litt, überrascht diese Verteilung nicht. (Eder, 1977, S. 674).

Die Beschreibung des Zustands war nicht geschlechtsabhängig (bei 4 Spalten):

2-I-Statistik: 2,283 (7,815)

Diese Statistik haben wir hinsichtlich der BFS zweimal gerechnet (Grenzwert 25):

2-I-Statistik (-64): 7,133 (3,841)

2-I-Statistik (Ges): 9,662 (3,841)

Die Nullhypothese konnte in beiden Fällen verworfen werden, und in beiden Fällen war es so, daß die Frauen zu hohen Werten tendierten, die Männer zu niedrigen.

In bezug auf die subjektive Akzeptanz stellen wir die Kontingenztafel vor:

	Akzeptiert	Gewöhnt	Abgefunden	Nicht abgef.	(Summe)
Männlich	6	10	17	0	(33)
Weiblich	6	2	2	3	(13)
(Summe)	(12)	(12)	(19)	(3)	((46))

Diese Tafel ergibt nach Korrektur eine 2-I-Statistik (korr.) : 13,541 (7,815)

Die Nullhypothese konnte verworfen werden.

Bei der Interpretation dieser Tafel soll nicht unerwähnt bleiben, daß nur der Wert "3" im Feld "Weiblich/Nicht abgefunden" mit einem Chi-Quadrat-Anteil von 5,463 über der Signifikanzgrenze von 0,05 liegt; für den Wert "6" im Feld "Weiblich/Akzeptiert" gilt das nicht. In diesem Kollektiv haben sich Frauen überzufällig häufig mit dem Beutel nicht abgefunden. Dieses Ergebnis entspricht den Verteilungen der BfS.

Teilergebnis: Nicht der subjektive Zustand, wohl aber die Werte der BfS und die Akzeptanz sind geschlechtsabhängig.

3.5.2.3 Der Familienstand

Ledig	2	4,2 %
Zusammenlebend	1	2,1 %
Verheiratet	39	81,3 %
Getrenntlebend	1	2,1 %
Geschieden	1	2,1 %
Verwitwet	4	8,3 %

Zusammengefaßt: 8 Patienten (17 %) lebten ohne Lebensgefährten.

3.5.2.4 Die Größe des Wohnortes

Bis 2 000	6	12,5 %
Bis 20 000	14	29,2 %
Bis 200 000	4	8,3 %
Über 200 000	24	50,0 %

Teilergebnis: Über vier Fünftel der Patienten waren verheiratet, genau die Hälfte lebte in der Großstadt.

Parenthese

Weil die bisherigen Daten die Grundlage für alles Folgende sein sollen, nennen wir hier ein

Zwischenergebnis:

In unserem Kollektiv überwiegen Männer, Karzinom-Patienten und Menschen im Alter zwischen 50 und 70 Jahren.

Die folgende Tabelle kennzeichnet Abhängigkeit mit +, fehlende Abhängigkeiten mit -. Dabei finden sich in den ersten 3 Zeilen plausible Abhängigkeiten und in den weiteren Zeilen solche, die auf fernere Zusammenhänge schließen lassen.

	Akzeptanz	BfS	Hypothese
BfS	+		
BL	+	+	
Jetziger Zustand	+	+	
Diagnose	-		
Alter	-	-	nicht bestätigt
Geschlecht	+	+	bestätigt
Zwischen BL und Operationszentrum:		+	
Zwischen Alter und Operationszentrum:		-	

Diagramm 2: Bisher gefundene Abhängigkeiten (+) und fehlende Abhängigkeiten (-); Verweis auf Ausgangshypothesen.

3.5.3 Die Entdeckung der Krankheit (Fragebogen S. 1)

Mit diesem Fragenkomplex wollten wir zum Einstieg den urologischen Hintergrund erhellen.

Auf die Frage, ob die Krankheit zufällig oder auf Grund von Beschwerden entdeckt worden sei, antworteten einige Patienten mit "zufällig", obwohl sie später durchaus Beschwerden angaben. Berücksichtigt man auch die Antworten auf die nächsten Fragen, so entsteht folgende Einteilung:

Zufällig	4	8,3 %
Beschwerden	44	91,7 %

Da die nächste Frage folgerichtig nach dem Zeitpunkt des Beschwerdebeginns fragt, uns aber die Spanne bis zum ersten Arztbesuch interessierte, werden wir die Antworten nicht tabellieren.

Bei der Frage nach der Art der Beschwerden stand erwartungsgemäß die Hämaturie im Vordergrund:

Hämaturie	23	47,9 %
Schmerzen	22	45,8 %
(Algie, Dysurie, allgemeine Schmerzen)		
Pollakisurie	7	14,6 %
Entzündungen	6	12,5 %
Inkontinenz	3	6,3 %
Andere	6	12,5 %
Keine Angabe	2	4,2 %

Die Prozentzahlen liegen hier insgesamt über 100, da einige Patienten mehrere Angaben machten.

Die nächste Frage nach dem ersten Arztbesuch zielte auf den Abstand vom Beschwerdebeginn; die Zahl der verwertbaren Antworten war aber recht gering:

Keine Angabe	14	29,2 %
Bis zu 1 Monat	24	50,0 %

2 - 4 Monate	4	8,3 %
5 - 11 Monate	0	
12 Monate u. mehr	6	12,5 %

Wir fragten dann, wie oft die Patienten seither an der Blase operiert wurden:

1	Operation	15	31,3 %
2	Operationen	6	12,5 %
3	"	7	14,6 %
4	"	5	10,4 %
5 - 8	"	8	16,7 %
9 u. mehr	"	7	14,6 %

Nach diesen Angaben war die Urostomie-Operation in den meisten Fällen die einzige urologische Operation. Allerdings ist der Begriff "Operation" nicht exakt definiert; der Übergang von der Zystoskopie zur Operation ist fließend. Die obigen Angaben spiegeln nur das wider, was von den Patienten als Operation empfunden und eingeordnet wurde.

Die beiden letzten Fragen dieses Kapitels zielten auf Bestrahlungen und ihre Gründe:

Keine Angabe	1	2,1 %
Nein	27	56,3 %
Ja	20	41,7 %

- davon wegen Karzinomen des kleinen Beckens
(Blase,
Uterus,
Prostata)

19	39,6 %
----	--------

- davon wegen anderen
Gründen

1	2,1 %
---	-------

Wir haben untersucht, ob die 19 Patienten mit Bestrahlung eines Tumors höhere Werte bei der BfS angaben:

2-I-Statistik (-64): 0,241 (3,841)

2-I-Statistik (Ges): 0,105 (3,841)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden.

Zu dem gleichen Schluß kamen wir, als wir den Einfluß der Tumorbestrahlung auf die Akzeptanz untersuchten:

2-I-Statistik: 7,343 (7,815)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden. Auch einzelne Felder der Tafel waren nicht signifikant hoch oder niedrig besetzt.

Teilergebnis: Die Tumorbestrahlung nimmt keinen Einfluß auf die Werte der BfS oder die Antworten zur subjektiven Akzeptanz.

3.5.4 Die Stomaoperation (Fragebogen S. 1 - 2)

Zu diesem Komplex fragten wir zunächst nach Veränderungen im Beschwerdebild unmittelbar präoperativ:

Verbessert	3	6,3 %
Unverändert	19	39,6 %
Wechselhaft	5	10,4 %
Verschlechtert	21	43,7 %

Um herauszufinden, ob das präoperative Beschwerdebild - etwa im Sinne eines höheren Leidensdrucks, der die Bereitschaft zur Operation verstärkte - Einfluß nimmt auf die postoperative Akzeptanz des Stomas, haben wir zwischen beiden Parametern eine 2-I-Statistik gerechnet, wobei wir die beiden ersten Zeilen dieser Frage zusammenfaßten:

2-I-Statistik: 3,549 (12,59)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden.

Alle 48 Patienten hatten die Frage, ob vor der Operation ein Arzt mit ihnen gesprochen hatte, bejaht. (100 %)

Wie unter 3.3.1 erwähnt, hatten wir auch die Patienten nach der Diagnose gefragt. Wir wollten zunächst wissen, ob überhaupt eine Diagnose genannt wurde:

Ja	47	97,9 %
Nein	1	2,1 %

In der nächsten Rubrik konnte der Patient im Klartext niederschreiben, was ihm gesagt wurde. In einigen Fällen fanden sich Diagnosen an anderen Stellen des Fragebogens, die wir im folgenden berücksichtigten:

Keine Angabe	2	4,2 %
Karzinom/Tumor (Fremdwort)	18	37,5 %
Bösartig/Krebs (kein Fremdwort)	12	25,0 %
"Harnblase muß entfernt werden" oder Ähnliches (keine Diagnose)	8	16,7 %
Diagnosen nichtkarzinomatöser Erkrankungen	4	8,3 %
Falsche Diagnosen ("Papillome" etc.)	3	6,3 %
"Sterben oder Operation"	1	2,1 %

Teilergebnis: Von den 40 Karzinom-Patienten erhielt ein Viertel eine falsche oder gar keine Diagnose. (Vergleiche dazu auch die Angaben von Wirsching, 1977, S. 125 zum Rectumkarzinom und Anus-*praeter*.)

Der nächste Fragenkomplex beschäftigte sich mit dem Inhalt des präoperativen Gesprächs; wir gaben zu den 7 Fragen jeweils die Antwortmöglichkeiten "Ausführlich", "Adeutungsweise" und "Nein" vor. Ob über den Grund der Operation gesprochen wurde, beantworteten mit:

Ausführlich	35	72,9 %
Adeutungsweise	4	8,3 %

Nein	0	
Keine Angabe	9	1,8 %

Zu den Operationsrisiken gaben an:

Ausführlich	20	41,6 %
Andeutungsweise	9	1,8 %
Nein	6	12,5 %
Keine Angabe	12	25,0 %

Ob sie den Sinn der Operation erfuhren, beantworteten:

Ausführlich	34	70,8 %
Andeutungsweise	4	8,3 %
Nein	1	2,1 %
Keine Angabe	9	18,8 %

Ob ihnen die Funktion des Stomas erklärt wurde, beantworteten mit:

Ausführlich	29	60,4 %
Andeutungsweise	5	10,4 %
Nein	5	10,4 %
Keine Angabe	9	18,8 %

Die nächsten drei Fragen zielten auf die Operationsfolgen. Zunächst in körperlicher - auch sexueller - Hinsicht:

Ausführlich	19	39,6 %
Andeutungsweise	12	25,0 %
Nein	9	18,8 %
Keine Angabe	8	16,7 %

In sozialer Hinsicht:

Ausführlich	7	14,6 %
Andeutungsweise	7	14,6 %
Nein	22	45,8 %
Keine Angabe	12	25,0 %

Zu der Aufklärung über seelische Folgen gaben an:

Ausführlich	9	18,8 %
Andeutungsweise	9	18,8 %
Nein	20	41,6 %
Keine Angabe	10	20,9 %

Im Balkendiagramm gewinnen diese Ergebnisse an Übersichtlichkeit.

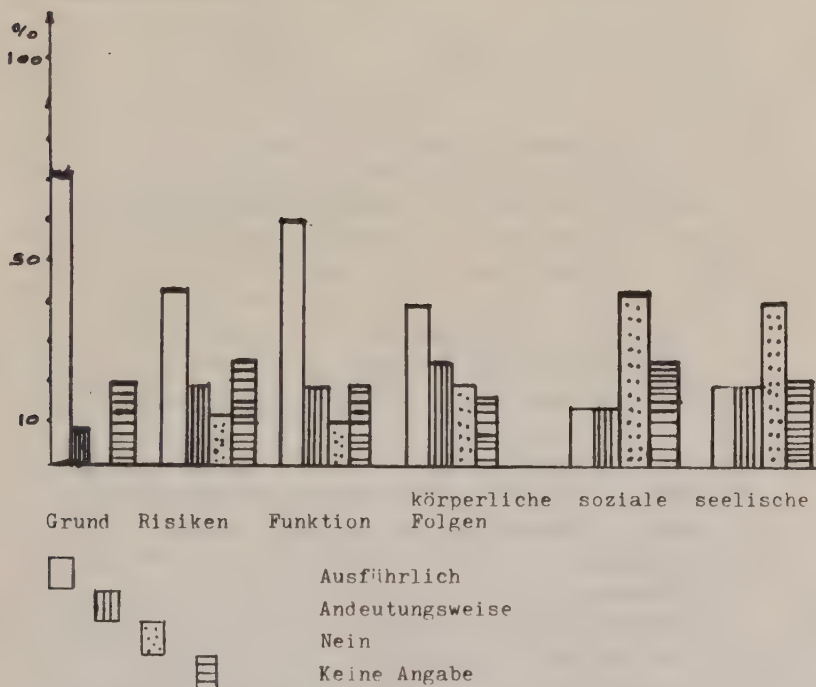


Diagramm 3: Inhalte des präoperativen Gesprächs

Teilergebnis: Während die Patienten nach deren Einschätzung über Grund zur Operation und Funktion des Stomas in über 60 Prozent aufgeklärt werden, liegt die Rate bei den sozialen und seelischen Folgen nur bei unter 20 Prozent. Es scheint, je

persönlicher die Inhalte für Arzt und Patienten werden, desto seltener wird dieser ausführlich aufgeklärt.

Auch die Dauer des präoperativen Gesprächs oder aller Gespräche insgesamt interessierte uns:

Keine Angabe	4	8,3 %
Bis 5 Minuten	1	2,1 %
5 - 10 "	11	22,9 %
10 - 20 "	17	35,4 %
Über 20 "	15	31,3 %

Gemäß einer unserer Ausgangshypothesen wollten wir klären, ob die Dauer des Aufklärungsgesprächs die postoperative Akzeptanz beeinflusst. In der Annahme, daß ein solches Gespräch bei einer derartigen Operation länger als 20 Minuten dauern sollte, haben wir für unsere Berechnungen die Zeilen 2 - 4 zusammengefaßt.

2-I-Statistik: 2,059 (7,815)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden.

Bei der nächsten Frage ging es nicht um den Inhalt, sondern um die Wirkung des Gesprächs. Wir gaben 7 Antwortmöglichkeiten vor, die achte erlaubte Klartextantworten. Mehrfachnennungen waren möglich.

Keine Angabe	2 Patienten
1) Weitschweifig	1 Angabe
2) Ausführlich	18 Angaben
3) Ausreichend	12 "
4) Ungenügend	5 "
5) Beängstigend	8 "
6) Beruhigend	17 "
7) Informativ	23 "
8) Anders	5 "

- Im Klartext standen hier die Wörter:

"Schreckensgespräch", "geschäftlich", "sachlich", "ambivalent"; ein Patient schrieb nichts.

46 Patienten machten 89 Angaben; von diesen waren:

35 eher positiv (Zeilen 2;6)

39 eher neutral (Zeilen 1;3;7;8)

14 eher negativ (Zeilen 4;5;8)

Teilergebnis: Nur ein Drittel der Patienten hatte ein oder mehrere Aufklärungsgespräche von insgesamt mehr als 20 Minuten Dauer. Dennoch wurden diese Gespräche von der überwiegenden Mehrheit als positiv oder neutral empfunden. Die Dauer des Gesprächs hatte keinen Einfluß auf die postoperative Akzeptanz des Stomas.

3.5.5 Die medizinische Versorgung nach der Operation (Fragebogen S. 2 - 3)

Zunächst fragten wir, ob sich seit der Operation ein Arzt um den Patienten kümmerte.

Ja	44	91,7 %
Nein	4	8,3 %

Die nächste Frage lautete: "Können Sie mit ihm über Ihre Probleme sprechen?"

Keine Angabe	1	2,1 %
So gut wie immer	27	56,3 %
Oft, über viele	7	14,6 %
Selten, über einige	8	16,7 %
So gut wie nie	5	10,4 %

Wiederum überprüften wir eine Ausgangshypothese, ob nämlich die ärztliche Versorgung die Akzeptanz beeinflusst. Für unsere Berechnungen faßten wir jeweils zwei Zeilen zusammen.

2-I-Statistik: 5,502 (7,815)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden. Auch einzelne Felder waren nicht signifikant hoch oder niedrig besetzt.

Teilergebnis:

Die ärztliche Versorgung nach der Operation wurde von der Mehrheit positiv bewertet. Sie hatte keinen Einfluß auf die Akzeptanz.

Wir fragten auch danach, ob die präoperativen Beschwerden sich nach der Operation subjektiv verändert hätten.

Keine Angabe	2	4,2 %
Eher gebessert	32	66,7 %
Unverändert	6	12,5 %
Eher verschlechtert	5	10,4 %
Unsicher	2	4,2 %

Dann fragten wir nach neuen Beschwerden.

Keine Angabe	1	2,1 %
Ja	20	41,7 %
Nein	27	56,2 %

Die Art der Beschwerden konnten die Patienten dann im Klartext angeben; das taten 19 Patienten, 29 hingegen nicht; von diesen 19 nannten 15 Patienten 1 Beschwerde, 4 nannten 2 unabhängige Beschwerden.

Beschwerden, die nicht mit dem Stoma zusammenhingen	9
---	---

Beschwerden am Stoma selbst (Verengungen, Blutungen, Hautreizungen etc.)	5
---	---

Schmerzen	3
-----------	---

Hernien	3
---------	---

Undichte Verklebungen	1
-----------------------	---

Teilergebnis: Die meisten Patienten hatten nach der Operation nicht mit neuen Beschwerden zu kämpfen; neue Beschwerde waren circa zur Hälfte auf die Urostomie zurückzuführen und zur Hälfte wohl auf die Grundkrankheit.

Die nächsten Fragen beschäftigten sich mit der Stomatherapeutin. Wir erfragten zuerst, ob die Patienten eine hatten.

Keine Angabe	3	6,3 %
Ja	8	16,6 %
Nein	37	77,1 %

Bei dieser Verteilung sind weitere Aussagen wohl nur schwer zu machen. Wir prüften auf Abhängigkeit zur Akzeptanz:

2-I-Statistik: 2,103 (7,815)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden.

Die Stomatherapeutin kümmerte sich nach Angaben der Patienten

um den Beutel allein	in 6 Fällen,
auch um Lebensprobleme	in 2 Fällen.

Die Frage, ob sie die Patienten ausreichend betreute, bejahten 7 Patienten,
verneinte 1 Patient.

Wir stellten dann den Patienten, die keine Stomatherapeutin hatten, die Frage, ob sie eine vermißten.

(Keine Angabe	8)
Keine Angabe	3
Ja	6
Nein	31

Schließlich fragten wir die Patienten noch, ob sie sich in irgendeiner Hinsicht von medizinischer Seite vernachlässigt fühlten.

Keine Angabe	3	6,3 %
Ja	7	14,6 %
Nein	38	79,1 %

Teilergebnis: Die ärztliche Versorgung nach der Operation wird von der Überwiegenden Mehrheit positiv eingeschätzt. Nur jeder sechste Patient hatte eine St-matherapeutin, doch die Mehrheit vermißte eine solche Betreuung nicht. Weiterhin hatte diese Betreuung keinen Einfluß auf die Akzeptanz.

3.5.6 Andere Krankheiten (Fragebogen S. 3-4)

Wir fragten zunächst, welche sonstigen Krankheiten den Patienten bekannt waren. Dabei wurden die Antworten im Klartext niedergeschrieben und von uns folgendermaßen klassifiziert:

Keine weitere Krankheit bekannt	25	52,1 %
Krankheit(en) bekannt	23	47,9 %
Davon: - Herz-Kreislauf-Erkrankungen	14	29,2 %
- Skeleterkrankungen	10	20,8 %
- Erkrankungen im Verdauungs-		
trakt	6	12,5 %
- Stoffwechselerkrankungen	4	8,3 %
- Erkrankungen der ableiten-		
den Harnwege	3	6,3 %
- Lungenerkrankungen	2	4,2 %
- Neurologische Erkrankungen	2	4,2 %
- Depressionen	1	2,1 %
- Andere	2	4,2 %

(Da Mehrfachnennungen vorkamen, liegt die Zahl der Nennungen über 23.)

Natürlich interessierte uns auch, welche Patienten sogenannte klassische psychosomatische Krankheiten hatten; wir verweisen auf die Lehrbücher von Uexküll, 1979 und Bräutigam, 1981. Dazu sind zu rechnen:

- Essentielle Hypertonie
- Ulcus pepticum
- Rheumatoide Arthritis
- Colitis ulcerosa
- Asthma bronchiale
- Anorexia nervosa
- Neurodermitis atopica

In unserem Patientengut wurden nur die ersten drei Erkrankungen genannt. Von den 23 Patienten, die Krankheiten nannten, gaben an:

Zumindest 1 psychosomatische Krankheit	8	16,7 %
Somatische Krankheiten	15	31,3 %
(Keine Krankheit bekannt)	25	52,1 %)

Alle 8 Patienten mit psychosomatischen Krankheiten kreuzten bei der Frage nach der Akzeptanz die Antwort "Abgefunden" an; dieses Feld war mit einem Chi-Quadrat-Anteil: 6,672 (3,841) signifikant überbesetzt.

Da jedoch psychische Erkrankungen wie Depressionen in dieser Aufstellung fehlten, kommen wir auf diese Thematik nach der übernächsten Frage zurück.

Im Fragebogen hatten wir zunächst nach früheren Operationen gefragt:

Nein	11	22,9 %
Ja	37	77,1 %
Es wurden genannt:		
Appendektomie	15	31,3 %
Skeletoperationen	13	27,1 %
Gynäkologische Operationen	11	(78,3 % der Frauen)
Gastro-intestinale Operationen	10	20,8 %
Urologische Operationen	10	20,8 %
Leistenhernien	4	8,3 %
Sonstige	2	4,2 %

(Auch hier liegt die Gesamtzahl aufgrund der Mehrfachnennungen über 37. Von den 14 Frauen wurden 11 gynäkologisch operiert.)

Nach psychischen Erkrankungen fragten wir über den Umweg der Therapie: "Haben Sie jemals einen Nervenarzt oder Psychotherapeuten aufgesucht?"

Keine Angabe	6
Nervenarzt	6
Psychosomatiker	0
Psychologen	0
Psychoanalytiker	0
Psychotherapeuten	2
Nein	36

Die insgesamt 7 Patienten nannten dafür folgende Gründe:

- Hirnblutung
- Encephalomyelitis disseminata
- Kreislaufkollaps
- Gutachterliche Gründe
- Schlaflosigkeit
- Depressionen
- Grand-mal-Epilepsie

41 Patienten machten keine Angabe.

Nach unserer Einschätzung waren die ersten beiden Erkrankungen überwiegend neurologischer Art; da der Patient mit Encephalomyelitis disseminata jedoch angab, einen Psychotherapeuten aufgesucht zu haben, ohne dafür den Grund zu nennen, entschlossen wir uns, bei 6 der 7 Patienten eine psychische Erkrankung anzunehmen.

2 der 6 Patienten kreuzten zu der Frage nach der Akzeptanz die Spalte "Nicht abgefunden" an, was insgesamt nur 3 Patienten taten. Diese Feld war mit einem

Chi-Quadrat-Anteil: 5,974 (3,841)

signifikant überbesetzt.

Konsequenterweise faßten wir nun diese Patienten und jene, die psychosomatische Krankheiten angegeben hatten, zusammen; diese 13 Patienten stellten wir den übrigen 33 gegenüber. Wir untersuchten zunächst, ob diese Krankheiten mit psychischem Hintergrund Einfluß hatten auf die Werte der BfS.

2-I-Statistik (-64): 1,065 (3,841)

2-I-Statistik (Ges): 1,978 (3,841)

Die Nullhypothese konnte in den beiden Fällen nicht verworfen werden.

Dann untersuchten wir auf Abhängigkeit zur Akzeptanz.

	Akzeptiert	Gewöhnt	Abgefunden	Nicht ab.	(S)
Krankheiten mit psychischem Background	1	0	10	2	(13)
Andere oder keine Krankheiten	11	12	9	1	(33)
Summe	(12)	(12)	(19)	(3)	((46))

2-I-Statistik (korr.): 17,680 (7,815)

Die Nullhypothese konnte verworfen werden.

Signifikant überbesetzt war auch hier das Feld

"Abgefunden/Krankheit" mit einem

Chi-Quadrat-Anteil: 3,993 (3,841)

Teilergebnis: Die Tatsache, eine psychische oder psychosomatische Krankheit zu haben, hatte keinen Einfluß auf die Werte der BfS, wohl aber auf die Antworten zur Akzeptanz. Patienten mit psychiatrischer Anamnese hatten sich mit dem Beutel überzufällig häufig nicht abgefunden.

3.5.7 Der Umgang mit dem Beutel (Fragebogen S. 4-5)

In diesem zentralen Kapitel finden sich alle Fragen, die unmittelbar mit Stoma und Beutel zu tun haben, also auch die Frage nach der Akzeptanz, während allgemeine Fragen weiter hinten behandelt werden. Wir fragten zunächst danach, ob den Patienten die Pflege des Beutels gezeigt wurde.

Ausführlich	30	62,5 %
Kurz und oberflächlich	9	18,8 %
Nein	4	8,3 %
Keine Angabe	5	10,4 %

Dann fragten wir nach der Häufigkeit des Beutelwechsels.

Keine Angabe	1	2,1 %
Einmal pro Woche oder seltener	3	6,3 %
Zweimal pro Woche	20	41,6 %
Drei- bis viermal (alle 2 Tage)	14	29,2 %
Fünf- bis sechsmal	0	
Siebenmal pro Woche	10	20,8 %

Die Bewertung des Beutelwechsels:

Keine Angabe	1	2,1 %
Eher unangenehm und schwierig	6	12,5 %
Eher einfach	38	79,1 %
Schwer zu bewerten	3	6,3 %

Die nächste Frage lautete: "Hilft Ihnen jemand beim Beutelwechsel?"

Fast immer	19	39,6 %
Ziemlich oft	3	6,3 %
Meist nicht	1	2,1 %
Fast nie	25	52,1 %

Wir fragten dann, ob die Hilfe notwendig sei.

Ja	19	39,6 %
Nein	16	33,3 %
Keine Angabe	13	27,1 %

Die Notwendigkeit der Hilfe ist nicht altersabhängig (Grenze: 64 Jahre).

2-I-Statistik: 1,110 (3,841)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden.

Teilergebnis: Auch wenn der Beutelwechsel von vier Fünfteln als einfach beschrieben wurde, benötigten doch 40 Prozent - unabhängig vom Alter - Hilfe dabei.

Die nächste Frage lautete: "Wird der Beutel undicht?"

Keine Angabe	1	2,1 %
Ja	33	68,8 %
Nein	14	29,1 %

Wenn ja, dann:

1 - 3 mal im Jahr	14	29,1 %
4 - 6 mal im Jahr	5	10,4 %
7 - 12 mal im Jahr	6	11,5 %
13 mal und öfter (bis zu 52mal und 60 mal im Jahr)	7	14,6 %
Keine Angabe	2	4,2 %
(Nie	14	29,1 %)

Diese Häufigkeiten hatten aber keinen Einfluß auf die Werte der BfS. Wir rechneten mit 3 Zeilen:

0; 1-3; 4u. öfter.

2-I-Statistik (-64): 0,931 (5,991)

2-I-Statistik (Ges): 1,164 (5,991)

Die Nullhypothese konnte in beiden Fällen nicht verworfen werden.

Wir fragten nun, ob die Patienten durch das Urostoma einen schlechten Geruch befürchteten.

Keine Angabe	2	4,2 %
Fast immer	4	8,3 %
Ziemlich oft	7	14,6 %
Meist nicht	13	27,1 %
Fast nie	22	45,8 %

Plausiblerweise ist diese Tabelle abhängig von der vorigen; wir faßten je zwei Zeilen zusammen und rechneten wie zuvor mit drei Spalten.

2-I-Statistik (korr.): 8,581 (5,991)

Die Nullhypothese konnte verworfen werden.

Diese Furcht beeinflusste aber nicht die subjektive Akzeptanz.

2-I-Statistik: 2,760 (7,815)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden.

Die nächste Frage ging dahin, ob der Beutel oder sein Wechsel Hautreizungen verursachte.

Keine Angabe	1	2,1 %
Fast immer	5	10,4 %
Ziemlich oft	6	12,5 %
Meist nicht	14	29,2 %
Fast nie	21	43,8 %

Dazu untersuchten wir zuerst, ob die Antworten von der Häufigkeit der Undichtigkeiten abhingen. Wir faßten auch hier zwei Zeilen zusammen und rechneten mit zwei Spalten; die Grenze war wieder 3 mal/Jahr.

2-I-Statistik: 5,041 (3,841)

Die Nullhypothese konnte verworfen werden.

Wir konnten ferner Abhängigkeit hinsichtlich der Werte der Befindlichkeitsskala nachweisen. Wieder rechneten wir mit 2 Zeilen; die Grenze der BfS-Werte war wie immer 24.

2-I-Statistik (-64): 8,788 (3,841)

2-I-Statistik (Ges): 4,563 (3,841)

Die Nullhypothese konnte in beiden Fällen verworfen werden.

Den gleichen Schluß zogen wir bezüglich der Akzeptanz.

2-I-Statistik (korr.): 10,008 (7,815)

Die Nullhypothese konnte verworfen werden.

Teilergebnis: Etwa 30 Prozent klagten darüber, daß der Beutel alle 2 Monate oder öfter undicht wird. Die Häufigkeit der Undichtigkeiten nahm keinen Einfluß auf die Werte der BfS, wohl aber auf das Ausmaß der Furcht vor schlechtem Geruch und der Hautreizungen. Diese Zusammenhänge erschienen uns plausibel. Die Häufigkeit der Hautreizungen ihrerseits zeigte Abhängigkeit hinsichtlich der BfS-Werte und hinsichtlich der Akzeptanz.

Wir fragten ferner, ob die Patienten die Lage des Stomas für günstig hielten oder nicht.

Keine Angabe	4	8,3 %
Eher günstig	24	50,0 %
Eher ungünstig	6	12,5 %
Unentschieden	14	29,2 %

Es folgte die Frage nach der Akzeptanz; wir wiederholen noch einmal die Zahlen der pessimistischen Version:

Keine Angabe	2	4,2 %
Akzentuiert	12	25,0 %
Gewöhnt	12	25,0 %
Abgefunden	19	39,6 %
Nicht abgefunden	3	6,3 %

Mit der nächsten Frage wollten wir herausfinden, ob die Patienten das Stoma vergessen.

Keine Angabe	1	2,1 %
Fast immer	4	8,3 %
Ziemlich oft	23	47,9 %
Meist nicht	7	14,6 %
Fast nie	13	27,1 %

Interessanterweise konnten wir in unserem Kollektiv keine Abhängigkeit dieser Angaben zur Akzeptanz nachweisen. Wir faßten zwei Zeilen zusammen.

2-1-Statistik (korr.): 6,925 (7,815)

Zwar hatten die Patienten, die den Beutel akzeptierten, ihn auch häufiger vergessen, doch war in der Tafel kein einziges Feld überzufällig hoch oder niedrig besetzt.

Bei der letzten Frage dieses Kapitels war Mehrfachnennung möglich: "Wie empfinden Sie den Beutel?"

Keine Angabe	1	2,1 %
Als Teil des Körpers	8	16,7 %
Als "guten Freund"	6	12,5 %
Als lebensnotwendiges Übel	39	81,3 %
Als Fremdkörper	6	12,5 %
Gar nicht	2	4,2 %
Anders	6	12,5 %

- "Trauervoll"
- "Lebensnotwendig"
- "Weil er mir die Blase ersetzt"
- "Selten als Störung"
- "Sehr Hindernis"
- "Ich habe mich daran gewöhnt und bin zufrieden."

Teilergebnis: Nur jeder achte Patient hielt die Lage des Stoma für ungünstig, und etwas mehr als die Hälfte konnte den Beutel oft oder immer vergessen; dennoch wurde er von vier Fünfteln "lebensnotwendiges Übel" genannt. Die subjektive Akzeptanz und die Fähigkeit, den Beutel zu vergessen, waren voneinander unabhängig.

3.5.8 Beruf und Haushalt (Fragebogen S. 5-6)

Die Antworten zu den Themen "Beruf und Rente" waren nicht frei von Widersprüchen, die sich aber mit einiger Mühe aufklären ließen. Wir erinnern daran, daß zum Zeitpunkt der Erhebung 30 Patienten jünger waren als 65 Jahre.

Wir fragten zunächst, ob die Patienten vor der Urostomaoperation berufstätig gewesen waren.

Ja	26	54,2 %
Nein	22	45,8 %

Wir haben die Patienten, die diese Frage bejaht hatten, gefragt, welchen Beruf sie ausgeübt hatten.

Hier bekamen wir zuviele Nennungen:

30 Angaben, davon 7 Berufe, die im Freien ausgeübt wurden.

2 Hausfrau.

Wir müssen annehmen, daß diese 2 Patientinnen die vorige Frage verneint hatten, und werden im Weiteren davon ausgehen. 4 Patienten gaben jedoch vermutlich Berufe an, die sie vor ihrer Berentung ausgeübt hatten, wobei die Berentung vor der Operation erfolgte. Das machten die Antworten auf die nächste Frage klar. Wir fragten die Patienten, die oben mit "Nein" geantwortet hatten,

ob sie in Rente/Pension waren	19	39,6 %
ob sie arbeitslos waren	1	2,1 %

Leider gaben die Patienten in den seltensten Fällen an, seit wann sie es waren.

Auch bei der nächsten Frage erhielten wir ungenaue Angaben; wir fragten, ob die Patienten ihre Arbeit in vollem Umfang wieder aufgenommen hätten.

Ja	12	25,0 %
Nein	19	
Keine Angabe	17	

Die Zahl der Nein-Antworten liegt offensichtlich um 5 zu hoch.

Die nächsten Antworten machten das deutlich; wir hatten die Patienten, die die obige Frage verneint hatten, gefragt, ob sie

in Rente gegangen sind	12	25,0 %
als Teilzeitarbeit arbeiten	2	4,2 %
Keine Angabe	34	70,8 %

Wir fragten endlich, ob die Patienten im Augenblick eine Rente bezögen.

Keine Angabe	1	2,1 %
Ja	32	66,6 %
Nein	15	31,2 %
- Davon: Krankgeschrieben	2	
Rente beantragt	3	

Die Gründe, warum Patienten bereits eine Rente bezogen, waren:

Altersgründe	19	39,6 %
Urostoma	8	16,7 %
Früherer Unfall	1	2,1 %
Sonstige Gründe	4	8,3 %

- "Berufsunfähigkeitsrente in Erwerbsunfähigkeitsrente umgewandelt"
- Entschädigungsrente wegen KZ-Aufenthalt

- "Wollte den Rest meines Lebens anders leben"
- "Genitalkarzinom und Niereninsuffizienz und Urostoma und Depression"

Keine Angabe 16 33,3 %

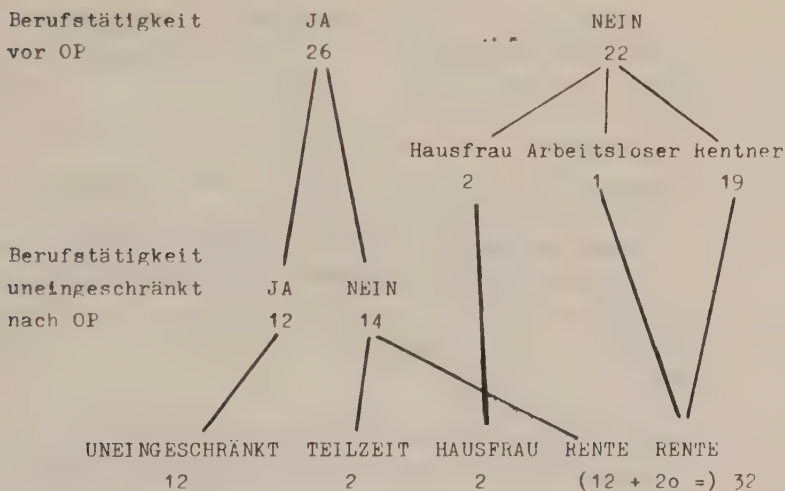


Diagramm 4: Berufstätigkeitsveränderungen in Zusammenhang mit der Operation

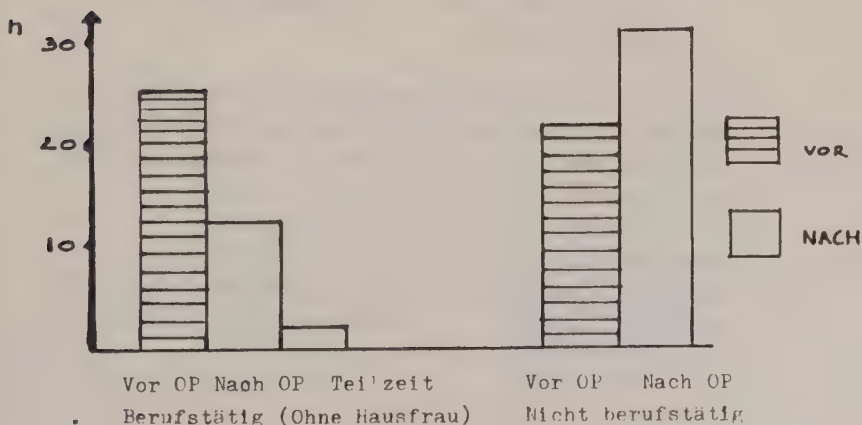


Diagramm 5 : Berufstätigkeit und Rente vor und nach der Operation

Teilergebnis: Etwa die Hälfte der Patienten, die vor der Operation berufstätig waren, hat auch nach der Operation gearbeitet. 2 Patienten waren noch krankgeschrieben und 8 - also insgesamt ein Sechstel - bezogen eine Rente wegen des Urostomas.

Wir fragten dann, ob die Patienten mit ihrem Einkommen zurechtkämen.

Keine Angabe	3	6,3 %
Ja	37	77,1 %
So gerade	6	12,5 %
Nein	2	4,2 %

Die nächste Frage lautete, ob sich das Patienteneinkommen wegen des Urostomas spürbar verringert hätte.

Ja	11	22,9 %
Nein	37	77,1 %

Dies galt uns als ein Parameter der sozialen Rückstufung. Unserer Ausgangshypothese folgend, untersuchten wir auf Einfluß auf die Akzeptanz.

2-I-Statistik: 5,206 (7,815)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden. Auch einzelne Felder waren nicht signifikant hoch oder niedrig besetzt.

Die letzten drei Fragen beschäftigten sich mit Problemen des Haushalts. Wie fragten, wie die Patienten ihre Arbeitsfähigkeit einschätzten.

Keine Angabe	3	6,3 %
Uneingeschränkt	11	22,9 %
Etwas behindert	22	45,8 %
Stark behindert	9	18,8 %
(Fast) völlig eingeschränkt	2	4,2 %

Etwaige Behinderungen waren

auf das Urostoma zurückzuführen	28	58,3 %
-schon früher dagewesen	5	10,4 %
Keine Angabe	15	31,3 %

Wir fragten schließlich noch, ob die Patienten fern eine größere Wohnung hätten.

Keine Angabe	1	2,1 %
Ja	3	6,3 %
Nein	44	91,6 %

Teilergebnis: Fast ein Viertel der Patienten mußte auf Grund des Urostomas Einkommenseinbußen hinnehmen, wobei wir jedoch keine Auswirkungen auf die subjektive Akzeptanz verifizieren konnten. Der Anteil der im Haushalt gar nicht und der stark Behinderten war mit circa 25 Prozent gleich groß.

3.5.9 Die Freizeit (Fragebogen S. 6-7)

Die erste Frage dieses Kapitels ging dahin, ob die Patienten wegen des Urostomas ein Hobby aufgeben hätten.

Keine Angabe	4	8,3 %
Ja	8	16,7 %
Nein	36	75,0 %

Die zweite Frage ging dahin, ob sie ein neues Hobby gefunden hätten.

Keine Angabe	13	27,1 %
Ja	4	8,3 %
Nein	31	64,6 %

Wir fragten dann, ob die Patienten vor der Operation Sport getrieben hatten.

Keine Angabe	2	4,2 %
Ja	23	47,9 %
Nein	2	47,9 %

Wir fragten nun: "Treiben Sie seit der Urostomaoperation

- genau so viel Sport wie früher	6	12,5 %
- weniger Sport als früher, aber doch noch ein bißchen	13	27,1 %
- keinen Sport mehr?"	4	8,3 %
Keine Angabe	25	52,1 %

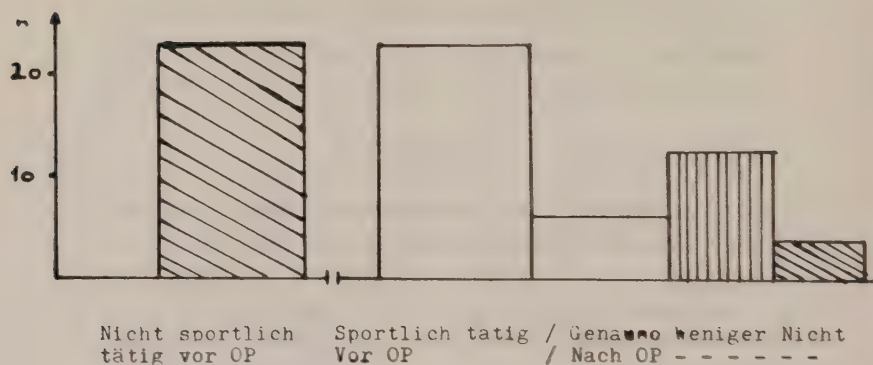


Diagramm 6 : Sport vorher - nachher

Weiterhin fragten wir, ob die Patienten über mehrere Tage verreisten.

Keine Angabe	3	6,3 %
Mehrmals im Jahr	24	50,0 %
Höchstens einmal im Jahr	9	18,7 %
Nein	12	25,0 %

Teilergebnis: 70 Prozent der zuvor sportlichen Tätigen erlebten nach der Operation Einschränkungen, doch nur 20 Prozent gaben den Sport völlig auf. Ein Viertel unternahm nach der Operation keine mehrtägigen Reisen.

Die nächsten beiden Fragen wandten sich an das Freizeitverhalten im Heimatort vor und nach der Operation. Wir fragten zunächst, wohin die Patienten vor der Operation gegangen sind.

Restaurant	38	79,2 %
Gute Freunde	37	77,1 %
Bekannte	37	77,1 %
Versammlungen	27	56,3 %
Theater oder Konzert	26	54,2 %
Kirche	21	43,8 %
Kino	14	29,2 %
Sportplatz	12	25,0 %

Und wir fragten dann, wohin die Patienten nicht mehr gingen, wobei wir nun nach der Häufigkeit des Verzichts ordnen werden.

Kino	5	35,7 %	von 14
Theater oder Konzert	4	15,4 %	" 26
Versammlungen	3	11,1 %	" 27
Bekannte	4	10,8 %	" 37
Restaurant	4	10,5 %	" 38
Sportplatz	1	8,3 %	" 12
Gute Freunde	3	8,1 %	" 37
Kirche	1	4,8 %	" 21

Da Mehrfachnennungen möglich waren, notierten wir auch die Zahl der Kreuze je Patient:

0 Kreuze	37	77,1 %
1 Kreuz	0	-----

2 Kreuze	8	16,7 %
3 u. mehr Kreuze	3	6,3 %

Obwohl wir die wichtigsten Wörter dieser Frage in unserem Bogen unterstrichen hatten, schien die Formulierung für einige Patienten mißverständlich zu sein; wurden beispielsweise alle Items der ersten Frage noch einmal angekreuzt, so werteten wir mit "Null" und übernahmen nur die Angaben, bei denen kein Zweifel möglich war.

Auch diese Veränderungen faßten wir als soziale Rückstufung auf und untersuchten Zahl der Kreuze und Akzeptanz auf Abhängigkeit.

2-J-Statistik: 1,247 (7,815)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden.

Teilergebnis: Drei Viertel zeigten keine, das restliche Viertel recht deutliche Veränderungen im Freizeitverhalten. Kino-, Theater- und Konzertbesuch waren am häufigsten betroffen.

3.5.10 Die Menschen in der Umgebung (Fragebogen S. 7-8)

Wir fragten zunächst, mit wem die Patienten in einer Wohnung zusammenlebten. Wir erhielten folgende Antworten:

Keine Angabe	1	2,1 %
Allein	5	10,4 %
Mit Ehepartner oder Lebensgefährten	39	81,3 %
Ohne Gefährten aber nicht allein	3	6,3 %
- Mit Mutter	2	
- Mit Kindern	1	

Bezüglich der Kinder ergibt sich folgendes Bild:

Keine Angabe	1	2,1 %
Ohne Kinder	30	62,5 %
Mit 1 Kind	6	12,5 %
2 Kindern	7	14,6 %
3 "	2	4,2 %
Enkelkindern	2	4,2 %

Wir teilten nun quantitativ nach der Zahl der Wohnungsmitbewohner ein.

0	5	10,4 %
1	26	54,2 %
Mehr als 1	16	33,3 %

Auch bei diesen Zahlen untersuchten wir, ob sie die subjektive Akzeptanz beeinflussen.

2-I-Statistik(korr.): 3,873 (12,59)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden.

In der nächsten Frage ging es darum, ob sich die Zahl der Freunde und Bekannten geändert hatte.

Keine Angabe	2	4,2 %
Es sind mehr	1	2,1 %
gleich viele	41	85,4 %
weniger	4	8,3 %
Keine Freunde mehr	0	

Wir stellten die Patienten, die Freunde und Bekannte verloren hatten, den übrigen gegenüber und berechneten die Informationsstatistik mit der Akzeptanz.

2-I-Statistik (korr.): 8,674 (7,815)

Die Nullhypothese konnte verworfen werden.

Die nächste Frage betraf die Selbsteinschätzung des Kontaktverhaltens: "Knüpfen Sie gern neue Kontakte?"

Keine Angabe	2	4,2 %
Ja	21	50,0 %
Nein	15	31,3 %
Unsicher	7	14,6 %

Hier konnten wir keinen Einfluß auf die Akzeptanz feststellen. Wir faßten die 2 letzten Zeilen zusammen.

2-I-Statistik: 6,953 (7,815)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden. Auch einzelne Felder waren nicht signifikant hoch oder niedrig besetzt.

Die nächsten 3 Fragen waren recht ähnlich formuliert. Wir fragten zunächst, ob die Patienten Veränderungen in der Einstellung der Familienmitglieder bemerkt hatten.

Keine Angabe	2	4,2 %
Sie haben sich zurückgezogen	1	2,1 %
Sie sind reservierter	1	2,1 %
Es hat sich nichts verändert	39	81,3 %
Sie sind aufgeschlossener	4	8,3 %

Dann fragten wir, ob sich die Einstellung des Patienten zu den Familienmitgliedern verändert hatte.

Keine Angabe	1	2,1 %
Er hatte sich zurückgezogen	3	6,3 %
Er war reservierter	7	14,6 %
Es hat sich nichts verändert	35	62,5 %
Er war aufgeschlossener	2	4,2 %

Und zum dritten fragten wir, ob sich die Einstellung zu den Freunden verändert hatte.

Keine Angabe	2	4,2 %
Er hatte sich zurückgezogen	4	8,3 %
Er war reservierter	9	18,8 %
Es hat sich nichts verändert	30	72,9 %
Er war aufgeschlossener	3	6,3 %

Die negativen Veränderungen im Kontaktverhalten gingen also eher vom Patienten aus und betrafen die Freunde mehr als die Familienmitglieder. Angesichts der Zahlen erschien es uns sinnvoll, die Abhängigkeit dieser dritten Frage von BfS-Werten und von der Akzeptanz zu untersuchen. Bezüglich der Befindlichkeitsskala ergab sich folgende

2-I-Statistik (-64): 4,564 (3,841)

2-I-Statistik (Ges): 5,648 (3,841)

Die Nullhypothese konnte in beiden Fällen verworfen werden.

Zu demselben Schluß kamen wir bei der Akzeptanz.

2-I-Statistik (korr.): 8,562 (7,815)

Die Nullhypothese konnte verworfen werden.

Teilergebnis: Nur ein Zehntel der Patienten lebte allein. In zwei Fällen reagierten die Familienmitglieder reserviert auf die Urostomaoperation. Häufiger zogen sich die Patienten zurück, wovon besonders Freunde betroffen waren. Dieser Rückzug war begleitet von nicht geglückter Akzeptanz, auf die die Selbsteinschätzung des Kontaktverhaltens jedoch keinen Einfluß hatte.

3.5.11 Das Befinden im Leben vor der Operation (Fragebogen S. 8-9)

Die ersten 4 Fragen dieses Kapitels bezogen sich allgemein auf das Selbstverständnis des Patienten, die weiteren Fragen auf den Zeitraum unmittelbar vor der Operation.

Zunächst fragten wir, ob die Patienten in ihrem Leben auf Schönheit oder attraktives Äußeres bedacht gewesen seien.

Keine Angabe	4	8,3 %
In hohem Maße	3	6,3 %
Ziemlich	20	41,6 %
Ein wenig	17	35,4 %
Nein	4	8,3 %

Wir faßten je zwei Zeilen zusammen und prüften auf Unabhängigkeit von den BfS-Werten.

2-I-Statistik (Ges): 2,498 (3,841)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden.

Und von der Akzeptanz:

2-I-Statistik (korr.): 3,776 (7,815)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden.

Ähnlich formuliert war die Frage, ob der Patient - z.B. durch Bewegung - besonders auf seine Gesundheit bedacht gewesen war.

Keine Angabe	1	2,1 %
In hohem Maße	6	12,5 %
Ziemlich	20	41,6 %
Ein wenig	13	27,1 %
Nein	8	16,7 %

Diese Antworten prüften wir wie oben auf

Unabhängigkeit von der Akzeptanz:

2-I-Statistik: 1,386 (7,815)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden.

Die nächste Frage zielte auf depressive Tendenzen:

"Haben Sie früher öfter innere Unruhe oder Angst verspürt?"

Keine Angabe	4	8,3 %
Ja	13	27,1 %
Nein	31	64,3 %

Hier haben wir gleich dreimal auf Unabhängigkeit von anderen Parametern geprüft.

Die BfS-Werte:

2-I-Statistik (-64): 0,735 (3,841)

2-I-Statistik (Ges): 3,716 (3,841)

Die Akzeptanz:

2-I-Statistik: 3,214 (7,815)

Der augenblickliche Zustand (s.S. 15 Punkt 3.5.1.2):

2-I-Statistik: 3,418 (7,815)

Die Nullhypothese konnte in allen diesen drei Fällen nicht verworfen werden.

In der nächsten Frage ging es darum, wie die Patienten ihr Verhältnis zur Sexualität einschätzten.

Keine Angabe	9	18,8 %
Eher zurückhaltend	11	22,9 %
Eher unkompliziert	25	52,1 %
Unsicher	3	6,3 %

Teilergebnis: Die Einstellung zum eigenen Körper im früheren Leben des Patienten zeigte keinen Einfluß auf die postoperative Akzeptanz.

Präoperativ wahrgenommene depressive Tendenzen beeinflussten weder Akzeptanz noch BfG-Werte noch die Beurteilung des postoperativen Zustands.

Die nächsten beiden Fragen behandelten einschneidende Lebensereignisse, die erste im Zeitraum von 5 Jahren vor Beschwerdebeginn.

Keine Angabe	1	2,1 %
Körperliche	5	10,4 %

- "Operationen"
- "Krankheiten"
- "Querschnittslähmung"
- "Gewichtszunahme"
- "altersbedingt"

Seelische	7	14,6 %
-----------	---	--------

- "Inkontinenz"
- "Rente"
- "Rente"
- "Kollstuhl"
- "Depressionen"
- "Tod der Mutter"

(Ein Patient machte keine genaueren Angaben).

Keine	35	72,9 %
-------	----	--------

Die zweite Frage bezog sich auf den Zeitraum unmittelbar vor Beschwerdebeginn.

Keine Angabe	4	8,3%
Körperliche	5	10,4 %

- "Kreislaufbeschwerden"
- "Angina"

(Drei Patienten machten keine genaueren Angaben.)

Seelische	5	10,4 %
-----------	---	--------

- "Inkontinenz"
- "sexuell"
- "Durch den Drang des öfteren Wasserlassens"

(Zwei Patienten machten keine genaueren Angaben.)

Keine	36	75,0 %
-------	----	--------

Wir fragten dann, wie es die Patienten berührt hatte, als sie die Diagnose erfuhren.

Keine Angabe	3	6,3 %
1) Darauf vorbereitet	12	25,0 %
2) Verzweifelt	7	14,6 %
3) Gelassen	6	12,5 %
4) Erschreckt	15	31,3 %
5) Gleichgültig	2	4,2 %
6) Ungläubig	2	4,2 %
7) Keine Vorstellung	1	2,1 %
8) "Weiß ich nicht mehr"	0	

Deutlich negativ (Zeile 2 und 4) reagierten:

22 45,8 %

Eher gefaßt (Zeile 1 und 3) reagierten:

18 37,5 %

Ähnlich formuliert war die Frage, wie es die Patienten berührt hatte, als sie die Tatsache erfuhren, daß sie ein Urostoma würden tragen müssen.

Keine Angabe	2	4,2 %
1) Darauf vorbereitet	12	25,0 %
2) Verzweifelt	10	20,8 %
3) Gelassen	6	12,5 %
4) Erschreckt	6	12,5 %
5) Gleichgültig	1	2,1 %
6) Ungläubig	1	2,1 %
7) Keine Vorstellung	5	10,4 %
8) "Weiß ich nicht mehr"	2	4,2 %

Deutlich negativ (Zeile 2 und 4) reagierten:

16 33,3 %

Eher gefaßt (Zeile 1 und 3) reagierten wiederum:

18 37,5 %

Wir fragten ferner, wie die Patienten ihren Zustand unmittelbar vor der Operation beschrieben:

"Ich war niedergeschlagen und verzweifelt."

16	33,3 %
----	--------

"Ich war gleichgültig gegen alles."

4	8,3 %
---	-------

"Ich hoffte auf Verbesserung meines Zustands."

28	58,3 %
----	--------

"Ich weiß es nicht mehr."

0	----
---	------

Schließlich fragten wir noch, ob der Patient vor der Operation mit einem Urostomaträger gesprochen habe.

Keine Angabe	2	4,2 %
--------------	---	-------

Ja	17	35,4 %
----	----	--------

Nein	29	60,4 %
------	----	--------

Einige Patienten schrieben an den Rand des Fragebogens, daß dieses Gespräch sehr wichtig für sie gewesen sei.

Teilergebnis: Mehr als die Tatsache, von nun an ein Urostoma tragen zu müssen, erschreckt die Diagnose die Patienten, wobei daran erinnert werden muß, daß einige Patienten ihre Diagnose nicht kannten. Die Urostomaoperation löste bei der Mehrheit Hoffnungen aus.

3.5.12 Der Zustand zum Zeitpunkt der Beantwortung des Fragebogens (Fragebogen S. 9-11)

Wir hatten die Frage nach diesem Zustand direkt gestellt und die Antworten darauf bereits weiter vorne auf Seite 15 (Punkt 3.5.1.2) vorgestellt. Um unnötiges Blättern zu vermeiden, wiederholen wir die Häufigkeiten.

Keine Angabe	1	2,1 %
Gut	15	31,3 %
Normal	20	41,7 %
Schlecht	9	18,8 %
Sehr elend	3	6,3 %

Wir fragten die Patienten weiterhin, wenn ihr Zustand nicht gut war, nach den Gründen dafür.

Keine Angabe	26	54,1 %
Urostoma	6	12,5 %
Stomakrankheit	7	14,6 %
Andere Krankheiten	5	10,4 %
Andere Gründe	4	8,3 %

- "Schmerzen im Unterbauch"
- "Postoperative Bestrahlung"
- "Schwierigkeiten mit Stuhlgang"

(Ein Patient machte keine genaueren Angaben.)

Insgesamt hatten zu dieser Frage 22 Patienten ein Kreuz gemacht, also auch 10 von denjenigen, die oben ihren Zustand als "gut" oder "normal" einklassifiziert hatten.

Dann fragten wir, ob die Patienten befürchteten, ihre Grundkrankheit sei durch das Urostoma nicht völlig beseitigt.

Keine Angabe	4	8,3 %
Ja	12	25,0 %
Nein	22	45,8 %
Unsicher	10	20,8 %

Die nächste Frage hatten wir in ähnlicher Weise weiter vorne schon einmal gestellt: "Verspüren Sie jetzt allgemein innere Unruhe oder Angst?"

Keine Angabe	4	8,3 %
Ja	16	33,3 %
Nein	28	58,3 %

Jene andere Frage bezog sich auf das frühere Leben (Fragebogen S.8; in dieser Arbeit S.51). 3 Patienten, die dort mit "Nein" geantwortet hatten, kreuzten nun "Ja" an.

Auch die nächste Frage zielte auf depressive Tendenzen, fragte aber direkt: "Fühlen Sie sich niedergeschlagen?"

Keine Angabe	1	2,1 %
Fast immer	2	4,3 %
Ziemlich oft	8	16,7 %
Meist nicht	18	37,5 %
Fast nie	19	39,6 %

Diese Angaben untersuchten wir auf Unabhängigkeit von den BfS-Werten:

2-I-Statistik (Ges): 16,911 (3,841)

Die Nullhypothese konnte verworfen werden.

Von der Akzeptanz:

2-I-Statistik (korr.): 8,335 (7,815)

Die Nullhypothese konnte verworfen werden.

Auch in der Frage nach der Beschreibung des Zustands unmittelbar vor der Operation kam das Wort "niedergeschlagen" vor (Fragebogen S.9; in dieser Arbeit S. 54). Wir haben die Patienten, die damals verzweifelt waren, denen, die damals auf Verbesserung ihres Zustands hofften, gegenübergestellt und auf Unabhängigkeit von der obigen Frage geprüft:

2-I-Statistik: 0,789 (3,814)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden.

Teilergebnis: Nur bei jedem achten Patient ist das Urostoma die Ursache dafür, daß sein Zustand

nicht gut ist. Auch depressive Tendenzen sind in unserem Kollektiv durch das Urostoma nicht sonderlich verstärkt worden. Plausiblerweise hatten Patienten, die sich oft oder immer niedergeschlagen fühlten, hohe Werte in der Befindlichkeitsskala und große Schwierigkeiten, den Beutel zu akzeptieren. Der kurze präoperative Zeitraum hatte auf die postoperative Niedergeschlagenheit jedoch keinen Einfluß.

Wir fragten dann, ob die Patienten sich einsam oder verlassen fühlten.

Keine Angabe	3	6,3 %
Fast immer	2	4,2 %
Ziemlich oft	4	8,3 %
Meist nicht	6	12,5 %
Fast nie	33	68,8 %

Im Gegensatz zur vorigen Frage konnten wir Unabhängigkeit von der Akzeptanz nicht ausschließen.

Wir faßten wieder je zwei Zeilen zusammen:

2-I-Statistik (korr.): 6,833 (7,815)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden.

Das Feld "Oft-Immer/Nicht abgefunden" war mit einem Chi-Quadrat-Anteil : 7,816 (3,841)

jedoch überzufällig häufig besetzt.

Mit der nächsten Frage wollten wir herausfinden, ob die Patienten Kontakt zu anderen Stomaträgern hatten.

Keine Angabe	1	2,1 %
Ja	16	33,3 %
Nein	31	64,6 %

Die Patienten, die keinen solchen Kontakt hatten, fragten wir nun, ob sie einen solchen Kontakt vermißten.

Keine Angabe	18	
Ja	3	
Nein	25	≙ 80,1 % von 31
Unsicher	2	

Diese beiden Fragen prüften wir auf Unabhängigkeit von der BFS; zunächst die 2 Zeilen der ersten Frage allein:

2-I-Statistik (Ges): 0,651 (3,841)

Dann nahmen wir beide Fragen zusammen, indem wir die ersten Nein-Antworten in die 3 weiteren Möglichkeiten untergliederten, was zusammen 4 Zeilen ergab:

2-I-Statistik (Ges): 0,910 (3,841)

Die Nullhypothese konnte in beiden Fällen nicht verworfen werden.

Auf Einfluß auf die Antworten zur Akzeptanz untersuchten wir nur die erste Frage:

2-I-Statistik (korr.): 7,295 (7,815)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden. Auch einzelne Felder der Tafel waren nicht signifikant hoch oder niedrig besetzt.

Teilergebnis: Von den 6 Patienten, die sich oft oder immer einsam fühlten, hatten sich 2 mit dem Stoma nicht abgefunden. Ein Drittel der Stomaträger hatte Kontakt zu anderen; dieser Kontakt wurde von fast allen Übrigen nicht vermißt. Er nahm auch keinen Einfluß auf Akzeptanz oder BFS-Werte.

Die nächsten Fragen bezogen sich auf die Träume; wir fragten zunächst, ob die Patienten sich an sie erinnerten.

Keine Angabe	4	8,3 %
Fast immer	3	6,3 %
Ziemlich oft	11	22,9 %
Meist nicht	13	27,1 %
Fast nie	17	35,4 %

Dann fragten wir, wie die Patienten die Träume in der Regel bewerteten.

Keine Angabe	11	22,9 %
Angenehm	6	12,5 %
Unangenehm	5	10,4 %
"Das kann man nicht sagen"	26	54,2 %

Mit der nächsten Frage versuchten wir herauszufinden, ob einige Patienten größere Mengen von Alkohol konsumierten. Wir fragten, welche alkoholischen Getränke und wieviel davon der Patient am Tag trank; wir erhielten natürlich die unterschiedlichsten Angaben; wir wählten als Grenze einen Wert, der etwa 60 Gramm Alkohol entspricht, also ungefähr 2 Litern Bier oder einem halben Liter Wein. Die Aussagen sind dennoch vorsichtig zu bewerten.

Keine Angabe	3	6,3 %
Keine alkoholischen Getränke oder nicht täglich	21	43,7 %
Täglich Alkohol in Mengen bis ca. 60 g	21	43,7 %
Mehr als 2 ltr. Bier	3	6,3 %
(in 2 Fällen zusätzlich Cognac oder Schnaps)		

Beim Zigarettenkonsum erhielten wir folgende Angaben:

0 / die	36	75,0 %
1-10/die	4	8,3 %
11-20/die	8	16,7 %
21 u. mehr/die	0	---

Bei der Frage nach den Medikamenten interessierten uns in erster Linie diejenigen mit zentralnervöser Wirkung oder Suchtpotential, also Neuroleptika, Antidepressiva, Tranquilizer, Hypnotika und starke Analgetika.

Keine Angabe	4	8,3 %
--------------	---	-------

Zentralnervös wirk- same Medikamente	4	8,3 %
---	---	-------

- Diazepam und Flunitrazepam

- Flunitrazepam und Triflupromazin und Pentazocin

- Pentazocin

- Amitryptilin und Bromazepam

Andere und keine Medikamente	40	83,3 %
---------------------------------	----	--------

Teilergebnis: Fünf Patienten litten regelhaft unter unangenehmen Träumen, vier Patienten waren durch Medikamente suchtfährdet und drei Patienten durch Alkohol, während kein Patient angab, starker Raucher zu sein.

Dann fragten wir, ob und in welcher Situation Patienten eventuell an Suizid gedacht hatten.

Keine Angabe	1	2,1 %
--------------	---	-------

Ja	10	20,8 %
----	----	--------

Nein	37	77,2 %
------	----	--------

Von diesen Patienten nannten 5 einen Zeitpunkt vor, 5 einen nach der Urostomaoperation. Wir stellten einmal diese 5, einmal alle 10 den restlichen Patienten gegenüber und untersuchten in beiden Fällen auf Einfluß auf die Akzeptanz.

2-I-Statistik (korr.) (postop. Suizidged.): 5,574 (7,815)

2-I-Statistik (Suizidged. allgem.): 5,680 (7,815)

Die Nullhypothese konnte in beiden Fällen nicht verworfen werden.

Auch einzelne Felder waren nicht überzufällig hoch oder niedrig besetzt.

Bei der nächsten Frage war Mehrfachnennung möglich.
Wir fragten, welche körperlichen Veränderungen die Patienten sehr bedrückten.

Keine Angabe	2	4,2 %
Keine	9	18,8 %
Verlust eines Organs	12	25,0 %
Verlust der Kontrolle beim Wasserlassen	9	18,8 %
Hautreizungen	11	22,9 %
Sexuelle Störungen	20	41,7 %

- "Funkstille"

- "Kein Verkehr"

- "Teilweise"

(17 Patienten machten keine genaueren Angaben.)

Der Beutel als Fremdkörper	16	33,3 %
Andere	6	12,5 %

- "Große Trinkmenge"

- "Gebärmutterverlust - Kinderlosigkeit"

- "Kein Saunabesuch"

- "Leistungsverlust durch Thrombosebein"

- "Hautveränderungen"

- "Geringe Beweglichkeit"

Insgesamt wurden 74 Kreuze gemacht. Von den 20 Patienten, die sexuelle Störungen nannten, waren 3 weiblich. (Zu diesem Problem die Arbeit von Schover & von Eschenbach, 1985, S. 465ff).

Da dieser eine Parameter am häufigsten genannt wurde, untersuchten wir auf Unabhängigkeit

- von der Befindlichkeitsskala:

2-I-Statistik (-64): 2,724 (3,841)

2-I-Statistik (Ges): 0,959 (3,841)

- von der Akzeptanz:

2-I-Statistik: 5,983 (7,815)

Die Nullhypothese konnte in allen Fällen nicht verworfen werden.

Im letzten Fall waren auch einzelne Felder nicht signifikant hoch oder niedrig besetzt.

Wir haben diese Frage auch quantitativ nach der Zahl der Nennungen ausgewertet:

Keine Angaben	2	4,2 %
Keine	9	18,8 %
1 Angabe	17	35,4 %
2 Angaben	11	22,9 %
3 "	3	6,3 %
4 "	4	8,3 %
5 "	2	4,2 %

Überraschenderweise ist die Zahl dieser Nennungen nicht abhängig von den Werten der Beschwerden-Liste:

2-I-Statistik (-64): 2,463 (5,991)

2-I-Statistik (Ges): 2,861 (5,991)

(Wir hatten drei Zeilen gebildet: Keine/1 Kreuz/
2 Kreuze und mehr.)

Die Nullhypothese konnte in beiden Fällen nicht verworfen werden.

(Dazu auch v. Zerßen, 1976-1, S. 16)

Wir prüften ferner auf Unabhängigkeit von der Akzeptanz:

2-I-Statistik (korr.): 13,972 (12,59)

Die Nullhypothese konnte verworfen werden.

Und auf Unabhängigkeit von den BfS-Werten:

2-I-Statistik (-64): 0,076 (3,841)

2-I-Statistik (Ges): 1,222 (3,841)

Die Nullhypothese konnte in beiden Fällen nicht verworfen werden.

Bei der Frage nach bedrückenden Veränderungen im sozialen Bereich gaben wir 8 Antwortmöglichkeiten vor.

Keine Angabe	5	10,4 %
Keine	12	25,0 %
Berufliche Veränderungen	7	14,6 %
Eheprobleme	4	8,3 %
Aufgabe des Hobbys	2	4,3 %
Verlust von Freunden	1	2,1 %
Geringe Beweglich- keit	20	41,7 %
Größere Ab- hängigkeit	20	41,7 %
Andere	2	4,2 %
- "Daß ich die Krankheit noch nicht der Tochter erzählt habe."		
- "Probleme beim Übernachten und Baden."		
Insgesamt gab es 56 Nennungen.		

Auch in diesem Fall tabellierten wir quantitativ:

Keine Angabe	5	10,4 %
Keine	12	25,0 %
1 Kreuz	12	25,0 %
2 Kreuze	13	27,1 %
3 "	6	12,5 %

Diese Tabelle untersuchten wir auf Unabhängigkeit von den BfS-Werten:

2-I-Statistik (-64): 0,000 (3,841)

2-I-Statistik (Ges): 1,434 (3,841)

Die Nullhypothese konnte in beiden Fällen nicht verworfen werden.

Auch bei der Berechnung der Informationsstatistiken mit der Akzeptanz zogen wir je 2 Zeilen zusammen:

2-I-Statistik (korr.): 8,381 (7,815)

Die Nullhypothese konnte verworfen werden.

Teilergebnis: Ein Zehntel der Patienten hatte nach der Operation an Suizid gedacht. Bei den bedrückenden körperlichen Folgen standen sexuelle Störungen weit an der Spitze (40 %), ohne daß von ihnen die Akzeptanz beeinflusst wurde. Nur die Zahl der als bedrückend empfundenen Veränderungen nimmt auf diesen Parameter Einfluß, nicht aber auf die Beschwerden-Listen. Vergleichsweise niedriger liegt die Zahl der Nennungen bei bedrückenden sozialen Veränderungen. Gemeinsam an der Spitze lagen hier die Einschränkung der Beweglichkeit und die größere Abhängigkeit. Auch in diesem Fall war die Zahl der Nennungen abhängig von der subjektiven Akzeptanz.

2 Fragen stellten wir noch in diesem Kapitel. Wir wollten wissen, ob die Patienten das Bedürfnis nach psychotherapeutischer Betreuung verspürten.

Keine Angabe	4	8,3 %
Ja	4	8,3 %
Nein	37	77,1 %
Unsicher	3	6,3 %

Die letzte Frage entnahmen wir sinngemäß dem Fragebogen von Wirsching (1977, S. 125): "Das Urostoma war der Preis dafür, daß sich Ihre gesundheitliche Lage gebessert hat. Glauben Sie, daß dieser Preis

- tragbar ist	42	87,5 %
- zu hoch ist?"	2	4,2 %
Unsicher	1	2,1 %
Keine Angabe	3	6,3 %

Teilergebnis: 80 Prozent der Patienten glaubten, sie würden ohne psychotherapeutische Betreuung die Probleme bewältigen, 90 Prozent hielten das Stoma für einen tragbaren Preis für die Gesundheit.

3.5.13 Die Lebensgeschichte (Fragebogen S. 11-12)

In diesem Kapitel versuchten wir, mithilfe einiger Fragen wichtige Punkte der Lebensgeschichte zu erfahren. Wir baten die Patienten zuerst, Vater und Mutter zu charakterisieren. Dazu stellten wir für beide 5 Gegensatzpaare auf und gaben als dritte Antwortmöglichkeit die Rubrik "Weder-Noch". Im Begleitschreiben wiesen wir noch einmal darauf hin, daß nach unserer Vorstellung möglichst jede Zeile beantwortet werden sollte; dennoch machten die meisten Patienten nur in einigen Zeilen Kreuze und ließen die anderen frei:

Keine Nennung	5	10,4 %
---------------	---	--------

(Weder zum Vater noch zur Mutter)

1 - 5 Nennungen	23	47,9 %
-----------------	----	--------

6 u. mehr Nennungen	20	41,7 %
---------------------	----	--------

Durchschnittlich wurde etwa die Hälfte der Fragen beantwortet, die erste noch am häufigsten.

Wir baten, den Vater zu charakterisieren.

Keine Angabe	21	43,8 %
--------------	----	--------

Eher streng	10	20,8 %
-------------	----	--------

Eher mild	11	22,9 %
-----------	----	--------

Weder - noch	6	12,5 %
--------------	---	--------

Keine Angabe	24	50,0 %
--------------	----	--------

Eher niedergeschlagen	2	4,2 %
-----------------------	---	-------

Eher fröhlich	13	27,1 %
---------------	----	--------

Weder - noch	9	18,8 %
--------------	---	--------

Keine Angabe	25	52,1 %
--------------	----	--------

Eher herrschsüchtig	3	6,3 %
---------------------	---	-------

Eher nachgiebig	12	25,0 %
-----------------	----	--------

Weder - noch	7	14,6 %
--------------	---	--------

Keine Angabe	23	47,6 %
Eher ungeduldig	7	14,6 %
Eher geduldig	13	27,1 %
Weder - noch	5	10,4 %

Keine Angabe	27	56,3 %
Eher zurückgezogen	6	12,5 %
Eher teilnahmsvoll	11	22,9 %
Weder - noch	4	8,3 %

Dann baten wir, die Mutter zu charakterisieren.

Keine Angabe	24	50,0 %
Eher streng	5	10,4 %
Eher mild	13	27,1 %
Weder - noch	6	12,5 %

Keine Angabe	24	50,0 %
Eher niedergeschlagen	0	---
Eher fröhlich	18	27,5 %
Weder - noch	6	12,5 %

Keine Angabe	27	56,2 %
Eher herrschsüchtig	3	6,3 %
Eher nachgiebig	15	31,3 %
Weder - noch	3	6,3 %

Keine Angabe	24	50,0 %
Eher ungeduldig	2	4,2 %
Eher geduldig	18	27,5 %
Weder -noch	4	8,3 %

Keine Angabe	24	50,0 %
Eher zurückgezogen	2	4,2 %
Eher teilnahmsvoll	20	41,7 %
Weder - noch	2	4,2 %

Nennungen insgesamt	236
- positive Nennungen	144
- - für den Vater	60
- - für die Mutter	84
- negative Nennungen	40
- - für den Vater	28
- - für die Mutter	12
- neutrale Nennungen	52
- - für den Vater	31
- - für die Mutter	21

24 Patienten hatten kein einziges Kreuz auf der Negativseite gemacht.

Da uns diese Angaben - abgesehen von der Tendenz - als zu lückenhaft erschienen, stellten wir auf ihrer Grundlage keine weiteren Berechnungen an. Die Leistung dieser Punkte zeigte sich auf einer anderen Ebene: 9 Patienten hatten Vater oder Mutter verloren, ehe sie 15 Jahre alt waren, 2 weitere wurden im Heim oder durch Stiefeltern erzogen.

Verlust des Vaters	6	
Verlust der Mutter	2	
Verlust beider Eltern	1	
Erziehung durch Fremde	2	
Insgesamt	11	22,9 %
(Kein Verlust-erlebnis	37	77,1 %)

Wir untersuchten nun, ob diese Verlusterlebnisse auch nach der Operation Einfluß nahmen auf die Befindlichkeit. Die Grenze bei den BfS-Werten war wie immer 25.

2-I-Statistik (-64): 3,674 (3,841)
2-I-Statistik (Ges): 5,909 (3,841)

Die Nullhypothese konnte im ersten Fall nicht, im zweiten durchaus verworfen werden.

Auch gegenüber den 4 Spalten der postoperativen Akzeptanz prüften wir auf Unabhängigkeit:

2-1-Statistik: 8,012 (7,815)

Die Nullhypothese konnte verworfen werden.

Wir fragten ferner, wie die Patienten das Verhältnis der Eltern zueinander einschätzten.

Keine Angabe	10	20,8 %
Eher gut	29	60,4 %
Eher schlecht	1	2,1 %
Unentschieden	8	16,7 %

Wir wollten dann noch wissen, ob sich die Eltern eventuell hatten scheiden lassen.

Keine Angabe	5	10,4 %
Ja	1	2,1 %
Nein	42	87,5 %

Teilergebnis: Die Eltern der Patienten wurden von diesen mehrheitlich positiv charakterisiert, in besonderem Maße die Mutter. Auch das Verhältnis der Eltern zueinander galt zumeist als gut. 11 Patienten, also fast ein Viertel, hatten in der Kindheit jedoch ein Verlusterlebnis zu ertragen, sei es, daß ein Elternteil starb, sei es, daß sie von Fremden erzogen wurden. Diese Verlusterlebnisse beeinflussten zum Erhebungszeitpunkt die Werte der Befindlichkeitsskala im Gesamtkollektiv und die postoperative Akzeptanz des Stomas.

Wir fragten, ob die Patienten Geschwister hätten.

Keine Angabe	1	2,1 %
Ja	42	87,5 %
Nein	5	10,4 %

Die nächste Frage bezog sich auf den Schulabschluß.

Keine Angabe	2	4,2 %
Kein Abschluß	0	---
Hauptschulabschluß	30	62,5 %
Mittlere Reife	6	12,5 %
Abitur	2	4,2 %
Abgeschlossenes		
Hochschulstudium	8	16,7 %

Gemäß einer unserer Ausgangshypothesen prüften wir nun, ob die postoperative Akzeptanz von der Schulbildung abhing. Wir zogen die letzten beiden Zeilen zusammen.

2-I-Statistik: 5,274 (12,592)

Die Nullhypothese konnte nicht verworfen werden.

Folgerichtig zielte die nächste Frage nach dem erlernten Beruf. Wir ordneten folgendermaßen:

Keine Angabe	3	6,3 %
Kein Beruf	1	2,1 %
Handwerker	22	45,8 %
Dienstleistungsberufe	8	16,7 %
Kaufleute	8	16,7 %
Akademiker	6	12,5 %

Wie wir schon im Punkt 3.5.2 festgestellt hatten, hatten 45 Patienten geheiratet. Mit der Frage nach dem Jahr der Heirat erfuhren wir, daß 2 Patienten zweimal heirateten. Wir ordnen nach dem Jahr der ersten Heirat:

Bis 20	3	6,3 %
21 - 25	17	35,4 %
26 - 30	19	39,6 %
31 u. älter	6	12,5 %
(Keine Heirat	3	6,3 %)

Mit der nächsten Frage wollten wir die Dauer der Ehen herausfinden. 3 Patienten antworteten darauf. Ihre Ehen hatten jeweils 9, 21 und 27 Jahre gedauert.

Die Zahl der Kinder teilte sich folgendermaßen auf:

Kein Kind	10	20,8 %
1 Kind	8	16,7 %
2 Kinder	17	35,4 %
3 Kinder	8	16,7 %
4 Kinder	5	10,4 %

Wir baten dann die Patienten, sonstige Lebensereignisse zu erwähnen. 21 Patienten kamen dieser Bitte nach, unter anderem auch unsere 10 Interviewpartner, auf die wir noch genauer eingehen werden. An dieser Stelle können wir nur eine recht grobe Einteilung vornehmen:

Keine Angabe	27	56,3 %
Ereignisse aus Kriegszeit, Nachkriegszeit, NS-Zeit	8	16,7 %
Verlusterlebnisse	6	12,5 %
Die 2 vorigen	1	2,1 %
Andere Ereignisse	6	12,5 %

Auf der letzten Seite fand sich schließlich noch Raum für Anmerkungen der Patienten. Hier begannen auch die Notizen zu den Interviews.

Anmerkungen (Interview)	10	20,8 %
Anmerkungen (zugeschickt)	11	22,9 %
- eher sachlich, befriedigend, positiv	4	
- eher ängstlich, ablehnend, negativ	7	
Keine Anmerkungen	27	56,3 %

Teilergebnis: In unserem Kollektiv überwogen Patienten mit Hauptschulabschluß, die Handwerks- und Dienstleistungsberufe erlernten. Die Schulbildung ist ohne Einfluß auf die postoperative Akzeptanz. Nahezu alle Patienten waren verheiratet und hatten Kinder; die Mehrzahl machte keine Angaben zu Lebensereignissen und zur Urostomie. Wenn Angaben zu Lebensereignissen gemacht wurden, so betrafen sie in erster Linie die Zeit des III. Reiches, bei den Anmerkungen zur Urostomie standen die kritischen im Vordergrund.

Auf der nächsten Seite werden wir die wichtigsten Ergebnisse dieser Arbeit tabellarisch auflisten.

3.6 Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse

Auf diesen 2 Seiten wird Abhängigkeit zwischen 2 Parametern mit +, Unabhängigkeit mit - gekennzeichnet.

3.6.1 Wichtige Häufigkeiten

Völlige Aufgabe der Arbeit	46 %
Völliger Verzicht auf Sport	15 %
Verlust von Freunden	8 %
Häufige Niedergeschlagenheit	21 %
Suizidgedanken nach der Operation	10 %
Starker Alkoholkonsum	6 %
Guter jetziger Zustand	31 %
Uneingeschränkte Akzeptanz des Stomas	25 %

3.6.2 Abhängigkeiten, die auf eine kohärente Beantwortung der Fragebögen schließen lassen

Akzeptanz	-	BfS-Werte	+
Akzeptanz	-	BL-Werte	+
Akzeptanz	-	Jetziger Zustand	+
BfS-Werte	-	Jetziger Zustand	+
BfS-Werte	-	Niedergeschlagenheit	+
Akzeptanz	-	Niedergeschlagenheit	+
Häufigkeit von Undichtigkeiten	+	Furcht vor schlechtem Geruch	+
Häufigkeit von Undichtigkeiten	-	Hautreizungen	+
Furcht vor schlechtem Geruch	-	Hautreizungen	+

3.6.3 Überprüfung der Ausgangshypothesen

Akzeptanz/BfS-Werte

Parameter, die zeitlich
vor der Operation liegen:

Alter	-	
Geschlecht	+	+
Verlusterlebnisse in der Kindheit	+	+/-
Schulbildung	-	
Einstellung zum Körper:		
- Bedachtsein auf Schönheit	-	-
- Bedachtsein auf Gesundheit	-	
Vorliegen von Krankheiten mit psychischem Hintergrund	+	-
Dauer des Aufklärungsgesprächs	-	

Parameter, die zeitlich
nach der Operation liegen:

Postoperative ärztliche Betreuung	-	
Bedrückende körperliche Veränderungen	+	-
- Sexuelle Störungen	-	-
- Hautreizungen	+	+
Bedrückende soziale Veränderungen	+	-
Verlust von Freunden	+	
Einstellung zu Freunden	+	+
Einkommensverluste durch das Stoma	-	

Diagramm 7: Tabelle einiger Parameter, die Akzeptanz und BfS-Werte beeinflussen (+) oder nicht beeinflussen (-)

4. Kasuistik

4.1 Frau K.

Seit ihrem 13. Lebensjahr litt die nun vierzigjährige Patinentin an einer Grand-Mal-Epilepsie. Ungefähr mit dem dreißigsten Lebensjahr traten erstmals Beschwerden von Seiten der Harnblase auf, die sich in Schmerzen, Harnwegsinfekten und Inkontinenz äußerten. Diese wurde schließlich so stark, daß sie "keine drei Schritte aus dem Haus gehen konnte." Aus diesem Grunde entschloß man sich, nachdem sie damals nach ihren Worten verzweifelt gewesen sei, zu einer Zystektomie.

Frau K. ist die jüngste von sechs Geschwistern. Ihre Eltern hätten sich gut verstanden; sie wurden im Interview als fast ausnahmslos positiv charakterisiert - streng war nur der Vater. Nach der Hauptschule lernte sie Krankenpflegerin. Sie heiratete mit 20 Jahren und gebar im Lauf der nächsten acht Jahre drei Kinder, die alle noch mit ihr, ihrem Mann und ihrer Mutter zusammen leben.

Frau K. erklärt, durch die Operation sei sie wieder "salonfähig" geworden, seither gehe es ihr gut. Sie betont, sie hätte den Beutel akzeptiert, man dürfe sich auf keinen Fall mit ihm "abfinden". Sie gibt nahezu keine Probleme mit dem Beutel an und meint, sie könne selbst bei anderen Urostomaträgern psychotherapeutisch tätig sein.

Die Werte der BfS (4) und der BL (13) liegen im Normbereich; im Gießtest fiel eine Spitze in Richtung "Hypomanie" auf, die im Drei-Prozent-Niveau lag. Im Gespräch wirkte Frau K. so, als sei sie zufrieden, den Beutel zu haben.

(Zur Berufswahl siehe auch: Schmidbauer, 1977)

4.2 Herr L.

Der sechzigjährige Patient hatte vor 8 Jahren eine schmerzlose Hämaturie bemerkt. Zunächst wurden Papillome diagnostiziert, die sehr oft transurethral reseziert wurden. Vier Jahre später erfuhr der Patient, daß es sich um eine bösartige Erkrankung handelte und die Blase entfernt werden müßte.

Herr L. war das älteste von sieben Kindern; seine Eltern charakterisiert er nur spärlich, den Vater als fröhlich, die Mutter als streng. Nach der Schule erlernte er den Beruf des Stukkateurs, in dem er es, wie er betonte, zum Meister brachte. Er heiratete mit 26 Jahren und wurde Vater eines Kindes. Ein Wirbelsäulenschaden zwang ihn mit 50 Jahren, die Arbeit aufzugeben, was ihn sehr bedrückte. Ein Jahr später begann die Hämaturie.

Auch Herr L. gibt an, er hätte den Beutel akzeptiert. Reisen hat er jedoch aufgegeben. Beim Beutelwechsel hilft ihm seine Frau immer und auch sein Arzt spielt eine wichtige Rolle: "Wenn ich meinen Arzt nicht hätte, wüßte ich nicht, was ich machen sollte."

Es schien auch so, als wollte Herr L. die Tatsache, krank zu sein, noch betonen. Er trug eine Unmenge an Tabletten heran, Diuretika, Kardiaka und einige (auch stark wirksame) Analgetika. Schmerzen waren auch ein wichtiger Punkt in den Beschwerden-listen wo er mit 45 einen "sicher abnormen" Wert erreichte. In der gleichen Kategorie lag der BfS-Wert (25). Im Gießtest lag die hohe Zahl der Mittelwerte auf Sieben-Prozent-Niveau.

Auf uns wirkte Herr L., als würde er sich auf die Rolle als Kranker zurückziehen: als Herzkranker, als Wirbelsäulenkranker und als Urostomiepatient. "Wenn der Krieg nicht gewesen wäre, wäre es ein ganz normales Leben gewesen."

4.3 Frau M.

Bei dieser siebzigjährigen Patientin begann die Anamnese vor zwanzig Jahren mit einer schmerzlosen Hämaturie. In der folgenden Zeit hatte die Patientin sämtliche urologischen Abteilungen Münchens kennengelernt und war nach eigenen Angaben über sechzig Mal operiert worden. Die Blasenresektion lag zum Zeitpunkt des Interviews neun Monate zurück.

Frau M. war die jüngste von drei Geschwistern. Den Vater nennt sie mild und zurückgezogen, die Mutter teilnahmsvoll. Nach der Schule lernte sie den Beruf der Schneiderin. Sie heiratete mit 22 Jahren und gebär kurze Zeit später ihr erstes Kind; das zweite folgte zehn Jahre später. Zwanzig Jahre danach zog die Familie nach München um; die Aufregungen um diesen Umzug führten bei Frau M. zu einem Kreislaufkollaps, der sie für kurze Zeit nervenärztliche Behandlung aufsuchen ließ. Zehn Jahre später starb ihr Mann. Zum Zeitpunkt des Interviews lebte Frau M. mit einer Tochter in ihrer Wohnung.

Über ihre lange Krankengeschichte konnte Frau M. genau Auskunft geben. Es ist ihr aber nie in den Sinn gekommen, daß sie ein Karzinom haben könnte, und niemand hat es ihr gesagt. "Gott hat bestimmt, daß ich ein Urostoma haben soll, und ich muß es annehmen." Den Beutelwechsel erledigt Frau M. allein, sie verreist und hat auch im Übrigen ihr Freizeitverhalten nicht geändert. Daß in letzter Zeit die Kloveverbinding zwischen Beutel und Stoma undicht geworden war, bereitete ihr Sorgen, zumal in der Folge schlechter Geruch auftrat.

BfS (5) und BL-Werte (7) lagen im Normbereich, im Gießentest wählte sie nie den Mittelwert und lag damit

auf dem Drei-Prozent-Niveau.

Im Gespräch schien uns, als stünde Frau M. dem Urostoma eher neutral gegenüber.

4.4 Herr N.

Ganz anders und recht ernst war die Problematik dieses fünfundsiebzigjährigen Patienten. Seine Anamnese begann vor neun Jahren mit einer schmerzlosen Hämaturie. Es folgten mehrere transurethrale Resektionen; wegen eines Karzinoms wurde vor einem guten halben Jahr dann die Blase entfernt. Eine Woche nach der Krankenhausentlassung trat eine Thrombose im linken Bein auf, die zur Wiederaufnahme führte. Nach der Entlassung einen Monat später erlitt Herr N. einen apoplektischen Insult mit Hemiplegie links. Nach zweimonatigem Krankenhausaufenthalt wurde Herr N. nach Hause entlassen, wo er von seiner Frau versorgt wird.

In diesem Interview erfuhren wir weniger etwas von der Reaktion auf das Stoma, sondern mehr von der Situation, in der Herr N. sich befand. Die meisten Angaben machte seine Frau, die während des ganzen Gesprächs anwesend war. Herr N. sprach unartikuliert und brachte zeitliche Zusammenhänge durcheinander. Wir erfuhren aber von ihm, daß er den Beutelwechsel, den seine Frau vornimmt, als angenehm empfindet, "wie wenn man ein kleines Kind am Bauch kitzelt." Leider sei seine Frau so geschickt, daß die Prozedur recht kurz sei. Auch könne ihn der Hausarzt nicht oft genug besuchen. Von seiner Frau erfuhren wir, daß er große Angst vor einem Pflegeheim habe, weswegen er von ihr nicht lang allein gelassen werden könne. Bei seinem ersten Krankenhausaufenthalt in diesem Jahr habe

er versucht, sich mit der Klingelschnur zu erhängen. An zentralnervös wirksamen Medikamenten erhielt Herr N. Pentazocin, Flunitrazepam und Triflupromazin. Die standardisierten Tests konnten von Herrn N. nicht beantwortet werden.

Herr N. lebte mit seiner Frau in einer Wohnung im dritten Stockwerk. Mit fremder Hilfe konnte er inzwischen das Bett verlassen und in den Rollstuhl gelangen, aber aus der Wohnung kam er nicht heraus. Er wurde im Gespräch von seiner Frau oft unterbrochen, die ihm gegenüber nicht frei von Aggressivität war; sie nannte uns gegenüber ihren Mann "einsam, depressiv und verkalkt." Sie schien insgesamt von der Situation überfordert zu sein und nützte das Gespräch zu einem Bericht über ihre Erfahrungen mit Ärzten, über ihre Sorgen mit der Krankenkasse und über ihre eigenen Krankheiten.

4.5 Herr R.

Dieser fünfzigjährige Patient datierte den Beginn seiner Krankengeschichte elf Jahre zurück, als im linken Bein Ödeme auftraten. Erst als er eine schmerzlose Hämaturie bemerkte, wurde die Diagnose eines Blasenkarzinoms gestellt. Er wurde ein Jahr vor dem Interview operiert, ohne daß eine längere Periode der Diagnostik oder einer transurethralen Therapie vorausgegangen wäre. Der Heilungsverlauf wurde durch inguinale Abszesse kompliziert, die zwei Monate nach der Operation auftraten und dem Patienten starke Schmerzen bereiteten.

Herr R. war das Ältere von zwei Geschwistern. Seinen Vater charakterisiert er fünf Mal mit "Weder-noch", die Mutter nennt er "nachgiebig, geduldig und teilnahmsvoll." Nach der Schule

lernte Herr R. Elektroschlosser. Er heiratete mit 26 Jahren und wurde Vater zweier Kinder, die das Haus jedoch verlassen haben. Ausführlich berichtete Herr R., wann und aus welchen Gründen er aus der Kirche ausgetreten sei.

Nachdem die Abszesse ausgeheilt waren und er aus dem Krankenhaus entlassen worden sei, habe er sofort wieder mit der Arbeit begonnen. Ein amtsärztliches Gutachten habe jedoch bestimmt, daß er nicht weiter LKW fahren solle, sondern allenfalls kleine Lieferwagen lenken dürfe. Da das jedoch damit verbunden sei, schwere Lasten zu heben, sei er im Augenblick krankgeschrieben, obwohl er arbeiten wolle.

Im Übrigen hat Herr R. sein bisheriges Leben wieder aufgenommen: er treibt Sport, geht Schwimmen, er verreist über mehrere Tage. Hautreizungen oder Furcht vor schlechtem Geruch kennt Herr R. nicht.

Er habe, sagt er, den Beutel akzeptiert. Beim Beutelwechsel beansprucht er fast immer Hilfe, obwohl sie nicht nötig sei. Er habe an Suizid gedacht, als die Abszesse ihm große Schmerzen bereitet hatten. Er habe mit dem Gedanken gespielt, er sei besser tot, als solche Schmerzen zu haben.

Der BL-Wert (4) liegt im Normbereich, die BfS (2) gilt als "auffallend niedrig". Im Gießentest ergibt sich ein enges Profil, da Herr R. gänzlich auf Extremwerte verzichtete, womit er auf dem Sieben-Prozent-Niveau lag.

Uns schien es, als steckte hinter dem Versuch, das bisherige Leben wieder aufzunehmen, eine große Unsicherheit.

4.6 Herr S.

Auch bei diesem siebzigjährigen Patienten begann die Anamnese mit einer schmerzlosen Hämaturie, die nach einigen transurethralen Resektionen ein Jahr vor dem Gespräch zur Urostomie wegen eines Blasenkarzinoms führte.

Als einziger Sohn war Herr S. das jüngste von drei Geschwistern. Seine Eltern charakterisiert er überhaupt nicht und äußert sich auch nicht zu deren Verhältnis untereinander. Nach der Schule ergriff er den Beruf des Installateurs. Mit 21 Jahren wurde er zum ersten Mal Vater, mit 24 Jahren heiratete er, als das zweite Kind kam. Er sagte, er sei ein "Streber" gewesen, der sich nach der Lehre fortgebildet habe, um mit 25 Jahren eine Baustelle zu leiten. Während der Hitler-Zeit habe er viele Kasernen gebaut. "Ich bin dann aber einberufen worden; weil ich es abgelehnt habe, in die Partei einzutreten." Man habe ihn als Artillerieschützen in vorderster Front eingesetzt; in diesem "Todeskommando" sei er sehr mutig gewesen und für Beutezüge oft in die Feuerzone gekrochen. Noch während des Krieges wurde er zum dritten Mal Vater. Nach dem Krieg habe er wieder zu arbeiten begonnen. 1951 heiratete er zum zweiten Mal. Als Leiter sei er für die Pünktlichkeit und die Freiswürdigkeit verantwortlich gewesen und habe, weil Arbeitskräfte knapp waren, viel herunterschlucken müssen. Mit 55 Jahren habe er einen Herzinfarkt erlitten und daraufhin um Rente eingereicht. Als diese ihm nicht gewährt worden sei, sei er sehr niedergeschlagen gewesen und habe daran gedacht, sich das Leben zu nehmen. Diesen Gedanken habe er auch gehabt, als die Blasenbeschwerden sich nicht besserten.

Seit der Urostomaoperation hat Herr S. keine Reisen unternommen; er sagt, er sei reservierter geworden. Beim Beutelwechsel läßt er sich immer helfen und gibt an, diese Hilfe sei notwendig. Auf Schwimmbadbesuche habe er verzichtet, weil er Fragen nach der hochgeschnittenen Badehose fürchtete. Mit dem Beutel habe er sich abgefunden.

Gegenüber dem Gießentest ist Herr S. sehr ablehnend und mißtrauisch, auch die Beschwerdelisten und die Befindlichkeitsskala füllte er nicht aus. Sich selbst schildert Herr S. immer wieder als "depressiv", er "studiere oft", sei aber auch umtriebig und aufbrausend. Er habe in seinem Leben eigentlich keine Freunde gehabt, aber er kenne genug Menschen und suche deshalb keinen Kontakt.

Es schien so, als könne nur die Gewißheit, daß er ohne Urostoma tot wäre, Herrn S. ermutigen.

4.7 Herr T.

Bei diesem vierzigjährigen Patienten wurde vor vier Jahren nach unklaren Beschwerden ein Rektumkarzinom diagnostiziert und ein endständiger Anus praeternaturalis angelegt. Als zwei Jahre später Schmerzen in der Nierengegend auftraten, fand sich eine Harnleiterstenose links, die man zunächst mit einem Double-pig-tail-Katheter versorgte. Weitere neun Monate später mußte ein Ileus operiert werden, und noch einmal zwei Monate danach ergab sich bei dem Versuch, den Pig-tail-Katheter zu wechseln, die Notwendigkeit, eine Ureter-Haut-Fistel anzulegen, ohne daß man den Patienten vorher darüber informieren konnte.

Herr T. war das mittlere von drei Geschwistern.

Sein Vater fiel in den letzten Kriegstagen, als Herr T. zwei Jahre alt war. Die Mutter charakterisiert er lediglich als streng und merkte an, sie habe mit drei Kindern wohl streng sein müssen. Nach der Hauptschule lernte er den Beruf des Schreiners und bildete sich dann weiter zum Holztechniker. Er heiratete mit 24 Jahren und wurde Vater zweier Töchter. Er habe noch nach deren Geburt Skifahren und Schwimmen gelernt, damit sie nicht sagen könnten, mit dem Vater sei nichts anzufangen.

Vor Anlage des Anus praeter war Herr T. in einer Firma zuständig für die Kalkulation und den Verkauf von Holzteilen. Nach dieser Operation habe er seinen Beruf wieder aufgenommen, jedoch keine Lasten mehr gehoben, was nach seinen Worten einen Umsatzrückgang zur Folge gehabt hätte. Er habe zu diesem Zeitpunkt auch seiner Frau geraten, eine Arbeitsstelle anzunehmen, da er vielleicht einmal nicht mehr arbeiten könnte. Seit Anlage der Nierenfistel ist genau das eingetreten: er ist krankgeschrieben und zu hundert Prozent erwerbsgemindert. Auf Anraten des **Versorgungsamts** habe er einen Rentenantrag gestellt und hoffe nun auf eine Erwerbsunfähigkeitsrente. Jetzt lerne er kochen und bereite sich auf eine Tätigkeit als "Hausmann" vor.

Den Umgang mit den Beuteln meistert Herr T. allein. Besonders in Zusammenhang mit der Colostomie sprach er jedoch gegen die Klinik Vorwürfe aus, da ihm damals weder der Umgang richtig gezeigt, noch mehrere Systeme angeboten worden seien. Nach dem er damals seine Niedergeschlagenheit mit Hilfe eines Herrn von der ILCO überwunden habe, sei er gleich auf Reisen gegangen. Die Technik der Irrigation, die er für das Colostoma erlernt habe, habe er seit der Nierenfistelung vorübergehend

aufgegeben. Das Urostoma verursache im Gegensatz zur Colostomie auch keinen schlechten Geruch; Hautreizungen kenne er überhaupt nicht. Auf Sport habe er nicht völlig verzichtet, doch gegenüber seinen Freunden - "nach so einer Operation weiß man, was Freunde sind" - sei er reservierter. Seine Sexualität sei völlig zum Erliegen gekommen. Er sagt, er habe die Beutel akzeptiert.

Die Werte von BL (13) und BfS (10) liegen im Normbereich. Im Gießentest fiel besonders der hohe Wert für Durchlässigkeit auf, der im Fünf-Prozent-Niveau lag.

Von sich selbst sagt Herr T., er sei durch die Stomata religiöser geworden. Er denke über sein Leben genauer nach, er lebe bewußter.

Auf uns wirkte Herr T. im Gespräch als ein Mensch, der in der Lage ist, seine großen Probleme zu meistern.

4.8 Herr V.

Bei diesem fünfundsechzigjährigen Patienten begann die Anamnese vor sechs Jahren mit Pollakisurie und Spasmen. Nach etlichen transurethralen Resektionen erhielt er ein Colon-Conduit; eine Sigmaanastomose lehnte Herr V. aus Furcht vor aufsteigenden Keimen ab. Dieses Conduit hatte er zwei Jahre und auf diesen Zeitraum bezogen sich seine Antworten im Fragebogen. Wir führten das Interview nachträglich; zu diesem Zeitpunkt war das Conduit wegen eines Tumorrezidivs in eine Durchzugsfistel umgewandelt worden.

Herr V. war das zweite von fünf Kindern. Den Vater charakterisierte er lediglich mit "ungeduldig", die Mutter mit "fröhlich". Nach dem Abitur studierte

er Medizin. Er heiratete mit 25 Jahren und wurde noch im gleichen Jahr Vater; ein zweites Kind folgte neun Jahre später. Er bildete sich zum Radiologen weiter und hatte zum Zeitpunkt der Operation eine Praxis in Norddeutschland. Nach der Operation praktizierte er noch einige Zeit, setzte sich aber dann zur Ruhe: "Ich habe in der Praxis nicht meine Lebensaufgabe gesehen und wollte mich ohnehin mit sechzig zur Ruhe setzen. Außerdem konnte ich eine Gelegenheit zum Praxisverkauf wahrnehmen. Ich wollte den Rest meines Lebens anders leben."

Im Übrigen habe er nach der Operation gelebt wie zuvor. Er sei verreist, habe gesegelt und auch sonst auf Sport nicht völlig verzichtet. Abgesehen von der Blase habe er keine Beschwerden. Den Beutel habe er akzeptiert und er habe sich an ihn gewöhnt. Die Beantwortung der standardisierten Fragebögen lehnte Herr V. allerdings ab; sie seien "eine kurze Psychoanalyse" und "Seelenbohrerei". Ihm fehle nichts und er habe davon noch nie etwas gehalten in den vierzig Jahren, die er jetzt Arzt sei, auch wenn seine Schwester Ärztin und Psychoanalytikerin sei. Im Übrigen aber sei er froh, uns helfen zu können.

Obwohl seine Prognose nach Auskunft der behandelnden Ärzte wohl infaust ist, wirkte Herr V. auf uns sehr gefaßt.

5. Diskussion

5.1 Methodikkritik

5.1.1 Die Kombination von Interviews und Anonymität

Unser Ziel war es, die Vorteile beider Methoden auszunützen, beim Interview also die Vielzahl weiterer Informationen, die gar nicht vorzuformulieren waren, bei der anonymen Fragebogenbeantwortung die größere Fallzahl. Die persönliche Begegnung bot die Möglichkeit, Probleme wie beispielsweise die Suizidalität gezielt anzusprechen, während der Patient unter dem Schutz der Anonymität die Chance hatte, alle Fragen ehrlich zu beantworten. Mit der Nennung der Vorteile sind auch die Nachteile der Methoden angedeutet. Besonders im Gespräch konnten wir gelegentlich die Tendenz zur Beschönigung verspüren. Auch bestand durchaus die Gefahr, daß einige Fragen in der Überfülle der Informationen unbeantwortet blieben. Von dieser Möglichkeit konnte in der Anonymität natürlich gezielt Gebrauch gemacht werden, und natürlich konnten wir über unsere Wahrnehmung keine Aussage darüber machen, ob einige Punkte nicht beschönigt wurden.

5.1.2 Die Auswahl des Kollektivs

Bei keinem der drei Zentren können wir mit Sicherheit sagen, ob uns die Namen aller Operierter zugänglich waren oder nicht. Besonders gilt das hinsichtlich der Harburger Patienten, die ja von den dortigen Kollegen unmittelbar angesprochen wurden. Wir gingen davon aus, daß jeder Urostomiepatient, der das Krankenhaus aufsuchte, einen Bogen erhielt

und die Möglichkeit hatte, ihn zu beantworten oder nicht. Das Problem des Rücklaufs ließ sich aber unserer Ansicht nach nicht lösen. Nach den Zulassungskriterien sollte die Operation bereits mindestens ein halbes Jahr zurückliegen; der Patient war also schon zu Hause. Wir konnten damit nur die Fragebögen berücksichtigen, die uns zurückgeschickt wurden, und mußte es dem Patienten überlassen, das zu tun oder nicht. Die Auswahl des Kollektivs war nicht zufällig. Das gemeinsame Merkmal aller auswertbarer Fragebögen war also die Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft des Patienten. Über die Gründe, weshalb einige Patienten den Bogen nicht zurückschickten, können wir ebensowenig etwas sagen wie über die Patienten selbst.

5.1.3 Das Fehlen von Kontrollgruppen

Auf Kontrollgruppen haben wir bewußt verzichtet. Zwar ist die Problematik der Urostomieträger mit der der Ileostomie- und Colostomieträger vergleichbar (Forster, 1985), doch angesichts der Schwierigkeiten, ein hinsichtlich Alter, Geschlecht und Diagnose vergleichbares Kollektiv zu finden, verweisen wir auf die Literatur. Für einen wesentlichen Teil unserer Fragen - zum Leben vor der Operation und zum augenblicklichen Zustand - hätten wir ein "Normalkollektiv" zum Vergleich benötigt, das zu finden wir uns außerstande sahen.

5.1.4 Die Statistik

Die Aussage von Häufigkeiten ist naturgemäß sehr beschränkt. Allenfalls Tendenzen können aufgezeigt werden. Ferner gilt das mit unseren Methoden gefundene

Muster, das aus den je bestätigten oder nicht bestätigten Abhängigkeiten zwischen zwei Items besteht, nur für unser Kollektiv und kann nicht ohne weiteres auf andere Patienten übertragen werden.

5.2 Der Fragebogen

Ein Fragebogen mit mehr als 120 einzelnen Fragen, dem dazu noch vier standardisierte Tests beigelegt sind, erscheint uns im Nachhinein als zu lang. Bei unserer Fragestellung hätten sich Kürzungsmöglichkeiten bei den Fragen zur Lebensgeschichte, zu den Ereignissen vor der Operation und im gesamten Gießentest ergeben, der jedoch bei weitergehender Auswertung durchaus nützlich sein mag. Andererseits haben wir die Problematik der Sexualität nicht ausführlich genug befragt.

Im einzelnen würden wir heute folgende Veränderungen vornehmen:

- Auf S. 3 ist der Frage nach medizinischer Vernachlässigung noch die Frage nach dem Grund hinzuzufügen.
- Auf S. 4 ist nicht nur nach der Pflege des Beutels, sondern auch nach der des Stomas zu fragen.
- Auf S. 5 ist bei der Frage nach der Akzeptanz die Möglichkeit der Mehrfachnennung ausdrücklich auszuschließen.
- Auf S. 5 und S. 6 ist der Abschnitt zu Beruf und Rente genauer zu formulieren; Daten sollten im Vordergrund stehen, insbesondere das des Rentenbeginns.
- Auf S. 6 sollte danach gefragt werden, ob die Patienten im Haushalt aktiv sind.
- Auf S. 6 ist die Frage nach der größeren Wohnung entbehrlich.

- Auf S. 7 könnte man möglicherweise eine Frage nach Behinderungen bei auswärtigen Übernachtungen einfügen.
- Auf S. 7 ist die Frage nach Veränderungen bei Veranstaltungsbesuchen von einigen Patienten offenbar mißverstanden worden. Wir schlagen vor, den Patienten danach zu fragen, wohin er weiterhin geht.
- Auf S. 7 ist bei den Wohnungsmitbewohnern nach anderen Verwandten zu fragen.
- Auf S. 8 erscheint die letzte Frage entbehrlich.
- Auf S. 9 erscheint die erste Frage entbehrlich.
- Auf S. 10 sind Fragen nach Veränderungen im Sexualleben einzufügen.
- Auf S. 11 scheinen die Bitten um Charakterisierung der Eltern entbehrlich. Verlusterlebnisse sollten jedoch in jedem Fall erfragt werden.
- Auf S. 12 ist der Frage nach den Geschwistern die Frage nach deren Zahl hinzuzufügen.
- Auf S. 13 scheint die Frage nach der Größe des Wohnorts entbehrlich.

Daß wir auf die Strenge der Ja/Nein-Antworten verzichteten und in der Regel vier Antwortmöglichkeiten anboten, erscheint uns weiterhin als sinnvoll, auch wenn wir in der Regel zwei Antworten zusammenfaßten.

5.3 Ein Vergleich mit Anus-praeter-Trägern

In seiner Studie hatte Wirsching (1977) die Patienten mit Karzinom gesondert ausgewiesen. Da in unserem Kollektiv diese Patienten weit überwiegen, sollen uns seine Zahlen als Vergleich dienen. Jenes Kollektiv war von der Sozialstruktur mit unserem vergleichbar. Unterschiede ergaben sich im Umfang, der mit 214 Patienten etwa viermal so stark war, im höheren Durchschnittsalter und in der Geschlechtsverteilung,

in der das Übergewicht der Männer nicht so stark war wie bei uns.

Beim Vergleich der Zahlen werden wir uns an die Reihenfolge unseres Fragebogens halten. Die Zahlen aus unserem Kollektiv werden wir in Klammern setzen.

5.3.1 Die Stomaoperation

Die richtige Diagnose kannten 41 % der Karzinompatienten (63 %). Große Unterschiede ergeben sich bei der Dauer des präoperativen Gesprächs: 77 % wurden kürzer als 10 Minuten oder gar nicht aufgeklärt (25 %), 23 % länger als 10 Minuten (65 %).

5.3.2 Die Berufsfähigkeit

Vergleichbar sind allerdings die Zahlen hinsichtlich der Wiederaufnahme des Berufs: 49 % (53 %), wobei in unserem Fall die Teilzeitkräfte eingerechnet wurden.

5.3.3 Die Freizeit

Hier liegen in unserem Kollektiv die Zahlen durchweg niedriger, weil wir nur nach der völligen Aufgabe fragten, nicht jedoch danach, ob die Patienten seltener fortgingen; insofern sind die Zahlen nur bedingt miteinander zu vergleichen: Besuch von Bekannten seltener in 27 % (Verzicht in 11 %), Besuch von Gaststätten seltener in 40 % (Verzicht in 11 %), Besuch des Kinos seltener in 61 % (Verzicht in 37 %). Wir weisen ferner darauf hin, daß wir zuvor danach gefragt hatten, wohin der Patient vor seiner Operation tatsächlich gegangen ist.

5.3.4 Das Befinden vor der Operation

Zu diesem Punkt ist nur ein Parameter vergleichbar, die Frage nach tiefer Niedergeschlagenheit unmittelbar vor der Operation: 41 % (33 %).

5.3.5 Der jetzige Zustand

In beiden Fällen wurden die Patienten direkt nach dem postoperativen Zustand gefragt; sie erhielten allerdings verschiedene Antwortmöglichkeiten, die aber durchaus vergleichbar sind. "Gesund/kräftig" waren 74 % (Zustand "gut/normal" : 73 %), "erholungsbedürftig/schwach" waren 26 % (Zustand "schlecht/sehr elend" : 25 %). Vergleichbar waren auch die Zahlen zur Furcht vor dem Wiederaufleben der Krankheit: 20 % (25 %). Große Unterschiede gab es hinsichtlich der Depressionen: 75 % gaben sie an. (In unserem Kollektiv waren nur 21 % oft oder immer niedergeschlagen.) Nur bedingt vergleichbar sind die Zahlen zur Einsamkeit. Die Formulierung: "Leben Sie einsamer als vor der Operation?" erscheint uns suggestiv; 27% beantworteten sie mit "Ja". (In unserem Kollektiv waren 13 % oft oder immer einsam.) Exakt gleich sind hingegen die Zahlen zu postoperativen Suizidgedanken: 10 %. Die nächste Frage hatten wir sinngemäß von Wirsching übernommen, die Frage, ob das Stoma als Preis für die Gesundheit tragbar ist. Das bejahten 96 %. (In unserem Kollektiv waren es 88 %.)

5.3.6 Zusammenfassender Vergleich

Wie auch die Arbeit von Forster (1985) zeigt, sind die Probleme und Reaktionen der Anus-praeter-Träger

und Urostomieträger ähnlich. Wir fanden in fast allen Fällen vergleichbare Zahlen. Nur in drei Fällen ergaben sich gravierende Unterschiede: in der Dauer des Aufklärungsgesprächs, was wir auf die relative Seltenheit der Urostomieoperation zurückführen, in der postoperativen Einsamkeit, was wir auf die unterschiedlichen Formulierungen in den Fragebögen zurückführen, und in der postoperativen Depressivität, was wir uns in diesem Ausmaß nicht erklären können.

5.4 Ein Vergleich mit Urostomieträgern aus der Schweiz

Auch beim Vergleich mit der Studie von Studer und Furger aus dem Jahr 1981 werden wir uns an die Reihenfolge unseres Fragebogens halten. Die Zahlen aus unserem Kollektiv werden wiederum in Klammern aufgeführt.

In fast allen Punkten war das Schweizer Kollektiv mit dem unseren zu vergleichen: Fallzahl: 66 (48), Geschlechtsverteilung: 65 % Männer (71 % Männer), Diagnosen: 83 % Karzinompatienten (83 %), das Überwiegen der Conduits, das Durchschnittsalter: 60 Jahre (59 Jahre). Es stammte allerdings aus einem einzigen Zentrum, der Universitätsklinik Bern, während wir mit drei Zentren zusammenarbeiteten.

5.4.1 Die Stomaoperation

Bezüglich der präoperativen Aufklärung ließen sich drei Parameter recht gut miteinander vergleichen: Die Aufklärung über die Krankheit: "gut" 81 % ("ausführlich" 72 %), "genügend" 8 % ("andeutungsweise" 8 %), "schlecht" oder "gar nicht" 11 % ("nein" 0 %). Die Funktion der supravvesikulären Harnableitung:

"gut" 68 % ("ausführlich" 60 %), "genügend" 17 % ("andeutungsweise" 10 %), "schlecht" oder "gar nicht" 15 % ("nein" 10 %). Die Folgen in sexueller Hinsicht: "gut" 17 % ("ausführlich" 40 %), "genügend" 3 % ("andeutungsweise" 25 %), "schlecht" oder "gar nicht" 74 % ("nein" 20 %). Die Aufklärung über körperliche Folgen ist in unserem Kollektiv deutlich besser.

5.4.2 Der Umgang mit dem Beutel

- Undichtigkeiten:

Hier ergaben sich große Unterschiede. 12 % kannten praktisch keine Undichtigkeiten (29 %). 50 % litten darunter jede Woche (5 %), weitere 25 % einmal im Monat (10 %). Wir hatten nicht nach den Beutel-Haut-Verbindungen gefragt, doch betonten die Schweizer Autoren, daß nach ihren Erfahrungen sehr oft der Beutel selbst undicht werde.

- Hautreizungen:

29 % der Schweizer Patienten gaben wiederholte Hautprobleme an (25 % "oft" oder "fast immer"), 45 % kannten keine Hautprobleme (44 % "fast nie").

5.4.3 Beruf und Haushalt

- Arbeitsfähigkeit:

Im Schweizer Kollektiv lag der Anteil der Patienten, die vor der Operation arbeiteten, mit 40 % etwas niedriger (51 %). Nach der Operation hatten 70 % wieder gearbeitet (54 %), wobei 15 % eine Teilzeitarbeit aufnahmen (8 %).

- Berentung:

Im Schweizer Kollektiv bezog nur 1 Patient wegen des Urostomas eine Invalidenrente zu 50 %, während von unseren Patienten 8 angaben, sie bezögen ihre Rente ausschließlich wegen des Stomas.

- Tätigkeit im Haushalt:

Zu diesem Punkt war die Fragestellung unterschiedlich. Studer und Furger befragten nur die Patienten, die im Haushalt aktiv waren, während wir alle Patienten befragten, und sie fragten anscheinend nach Einschränkungen durch das Urostoma, wohingegen wir die allgemeine Arbeitsfähigkeit im Haushalt beschreiben ließen. In der Schweiz konnten 59 % keine Einschränkung (23 %), stark eingeschränkt waren 7 % (23 %).

5.4.4 Die Freizeit

- Sportliche Betätigungen:

Hier fand sich nur der knappe Hinweis, daß "nahezu die Hälfte auf frühere sportliche Betätigung verzichtet". In unserem Kollektiv waren es 17 %. Auf die Liste einzelner Sportarten können wir verzichten, da unklar bleibt, welche davon vor der Operation tatsächlich ausgeübt wurde.

- Reisen mit Übernachtungen:

Bei unserer Fragestellung ging es darum, wieviele Patienten seit der Operation auf derartige Reisen verzichteten, ohne daß wir nach dem Schema "Urostoma / andere Gründe" nach den Ursachen fragten, weil uns diese Einteilung problematisch zu sein schien; es waren 25 %. Auch hier erfuhren wir nur, daß "nahezu die Hälfte" auf derartige Reisen verzichtet, wir erfuhren ferner, daß 41 % dabei durch das Urostoma behindert waren.

- Veranstaltungen am Heimatort:

Hier ergibt sich ein deutlicher systematischer Unterschied, weil Studer und Furger offensichtlich nicht wußten, welche Veranstaltungen vor der Operation tatsächlich besucht wurden. Die Zahlen für

den tatsächlichen Verzicht sind aus diesem Grunde höher als ihre Zahlen für Behinderungen; wir geben im Folgenden auch die auf das Gesamtkollektiv bezogenen Prozentzahlen wieder. Besuch von Kino 11 % (36 % - 10 %), Besuch von Kirche 3 % (5 % - 2 %), Besuch von Vereinen 12 % (11 % - 6 %), Besuch von Restaurant 5 % (11 % - 8 %).

5.4.5 Die Menschen in der Umgebung

15 % der Patienten lebte zurückgezogener (25 %).
10 % hatten Eheprobleme leichter oder ernsthafter Art (8 %).

5.4.6 Der jetzige Zustand

Zu diesem Kapitel ließen sich nur die Zahlen über sexuelle Probleme vergleichen. 46 % nannten Impotenz oder verminderte Libido (41 % unserer Patienten hatten sexuelle Störungen, ohne sie allerdings zumeist genauer zu benennen).

5.4.7 Zusammenfassender Vergleich

Systematische Unterschiede dürften die differierenden Zahlen zur sportlichen Betätigung, zu Reisen und zum Freizeitverhalten am Heimatort erklären. Unterschiede in den Zahlen zur Arbeitsfähigkeit lassen sich auf die andere Berentungspraxis in der Schweiz zurückführen. Innerhalb der fünf Jahre, die zwischen beiden Arbeiten liegen, scheint auch die Qualität der Stomaversorgung besser geworden zu sein, was sich im drastischen Rückgang der Häufigkeit der Undichtigkeiten äußert. Keine Erklärung haben wir für die Unterschiede bei den

Zahlen zur Arbeitsfähigkeit im Haushalt. Ähnlichkeiten fanden wir in den Zahlen zur präoperativen Aufklärung, zu den Hautproblemen, zum Verhältnis zu den Menschen in der Umgebung und zu sexuellen Störungen. Das ist insofern wichtig, als zwei dieser Parameter die Akzeptanz des Beutels in unserem Kollektiv beeinflussen.

5.5 Einzelne Ergebnisse

5.5.1 Die standardisierten Tests BL, BFS, GT-S

Alle drei Tests hatten den Nachteil, daß die Standardisierung sich nur auf Patienten im Alter von 64 Jahren und jünger bezog. Die Unterschiede zwischen diesen Patienten und dem Gesamtkollektiv waren in unserem Fall jedoch sehr gering. Aus diesem Grund bot sich die BFS an, wenn wir Ergebnisse hinsichtlich des Einflusses einzelner Parameter auf die Akzeptanz absichern wollten. Auch lagen die Durchschnittswerte dieser Skala nahe an dem Lichtstichkollektiv. Das galt für die Beschwerden-Liste nicht. Ferner war die BFS gezielter auf Depressivität ausgerichtet, die in unserem Zusammenhang besonders interessierte. Daß der Gießen-Test bei unserer Fragestellung wenig hilfreich war, hatten wir an anderer Stelle (S. 87) schon erwähnt; eine gewisse Bedeutung kam ihm nur in der Kasuistik zu.

5.5.2 Plausible Abhängigkeiten

Mit diesen Abhängigkeiten liegt der Schluß nahe, daß die Antworten nicht nur zum Umgang mit dem Beutel, sondern auch

zu den psychischen Reaktionen kohärent und korrekt angegeben wurden. Das gilt für die wechselseitigen Abhängigkeiten von Niedergeschlagenheit, augenblicklichem Zustand, Akzeptanz und eben Befindlichkeits-skala, die ja von allen am schwierigsten zu durchschauen war. Aus der Tatsache, daß die Häufigkeit der Undichtigkeiten, die Furcht vor schlechtem Geruch und die Zahlen der Hautreizungen voneinander abhingen, lassen sich keine weiteren Schlüsse ziehen. Eine Zusammenstellung dieser Abhängigkeiten findet sich auf S. 72.

5.5.3 Reaktionen auf das Stoma

5.5.3.1 Der Wunsch nach Psychotherapie

Diese - von uns als klar und streng eingeschätzte - Frage sollte zeigen, wieviele Patienten der Meinung waren, sie seien mit der Verarbeitung der Probleme, die das Urostoma im Selbstverständnis hervorrief, allein überfordert. Schon die 8 Prozent, die das bejahten, waren mehr als jene 6 Prozent, die sich mit dem Stoma nicht abfanden. Hinzu kommen weitere 6 Prozent, die so verunsichert waren, daß sie keine klare Auskunft geben konnten.

5.5.3.2 Das Gefühl der Niedergeschlagenheit

Die Frage zu diesem Punkt wurde von uns deshalb als weniger streng eingeschätzt im Vergleich zur vorigen, weil die Depressionen nicht unbedingt so stark gewesen sein müssen, daß man den Wunsch nach fremder Unterstützung verspürte. Folgerichtig waren hier die Angaben höher; 21 Prozent waren oft oder fast immer niedergeschlagen.

5.5.3.3 Der jetzige Zustand

Ganz allgemein war zunächst die Frage nach dem augenblicklichen Zustand gestellt. 25 Prozent beschrieben ihn als schlecht oder sehr elend. Aus der Tatsache, daß drei Viertel ihn als "gut" oder "normal" beschrieben, **wollen** wir schließen, daß bei dieser Mehrheit die Urostomie-Operation nicht als ein Eingriff gilt, der die Lebensqualität gravierend belastet. Als wir genauer nachfragten, warum der Zustand nicht gut sei, zeigte sich zweierlei: 46 Prozent machten eine Angabe, es waren also 11 Prozent hinzugekommen. Und das Urostoma war nur in den seltensten Fällen der Grund für einen schlechten Zustand. Es ist aber außerordentlich schwer zu entscheiden, ob Beeinträchtigungen nun auf die Grundkrankheit, andere Krankheiten oder auf das Stoma zurückzuführen sind. Es war den Antworten auch nicht zu entnehmen, ob nun kurzzeitige leichtere oder längere schwerere Zustandsverschlechterungen gemeint waren. Wir haben aus diesem Grund die Antworten nicht weiter bewertet und auch keine Berechnungen auf ihrer Grundlage vorgenommen.

5.5.3.4 Die Frage nach Suchtgefahren

Auf die diesbezüglichen Fragen haben wir unserer Ansicht nach allenfalls Hinweise bekommen. Daß in unserem Kollektiv kein starker Raucher war, hat uns überrascht, da der Zigarettenrauch bei der Genese des Blasenkarzinoms diskutiert wird (Eder, 1977, S. 674). Bei der Frage nach dem täglichen Alkoholkonsum erhielten wir 3 Angaben (6 %), die auf Dauer zu Abhängigkeit führen würden.

Es ist natürlich nicht auszuschließen, daß das auch für weitere Patienten gilt. Weder über die Gründe noch über die Dauer des Alkoholkonsums können wir Aussagen machen, weshalb wir diese Angaben nicht weiter bewerten. Auch bei Medikamenten spielt die Dauer der Einnahme eine große Rolle. Vier Patienten nahmen Medikamente, die auf Dauer zu Abhängigkeit führen könnten.

5.5.3.5 Die subjektive Akzeptanz

Diese Frage war offensichtlich nicht so leicht zu durchschauen; das zeigen die Mehrfachantworten. Sie wurde auch im Vergleich zu allen vorigen nicht so positiv beantwortet, selbst wenn man alle Mehrfachantworten berücksichtigte. Daß diese ein statistisches Problem darstellten und zu einer eindeutigen Lösung zwangen, haben wir auf S. 14 bereits erwähnt. Gemeint war mit diesem Begriff der von Klüchenhoff und Wirsching (1983, S. 109) beschriebene Vorgang, der eine psychische Leistung erfordert. Der Patient geht also über die Tatsache, nicht depressiv zu sein oder sich in einem guten Zustand zu befinden, hinaus. Mit ihm ist aber nicht der in der gleichen Arbeit (S. 107) erwähnte kathartische Verlauf gemeint. Dazu ist die Akzeptanz des Stomas lediglich eine Voraussetzung. Dennoch scheint dieser die Auseinandersetzung mit dem Stoma ansprechende Parameter in unserem Fragebogen die größte Aussagekraft zu haben; deshalb haben wir die Items bestimmt, die auf ihn Einfluß nehmen.

5.5.4 Items, bei denen kein Einfluß auf die Akzeptanz nachgewiesen werden konnte

Für die folgenden Kapitel verweisen wir zum einen auf die in der Einleitung formulierten Ausgangshypothesen, zum anderen auf die Tabelle auf Seite 73.

5.5.4.1 Das Alter

Die naheliegende Vermutung, daß das Alter die Akzeptanz des Beutels beeinflusst, konnte für unser Kollektiv nicht bestätigt werden. Allerdings liegt der berechnete Wert recht nah am Grenzwert, so daß es nicht ausgeschlossen scheint, daß in anderen Kollektiven in diesem Punkt Abhängigkeit nachgewiesen werden kann.

5.5.4.2 Die Schulbildung

Hier hatten wir vorab vermutet, daß Patienten mit höherer Schulbildung den Beutel eher akzeptierten, weil sie gewohnt seien, über Probleme zu reflektieren. Das traf aber nicht zu, wobei der berechnete Wert vom Grenzwert deutlich entfernt lag.

5.5.4.3 Die Einstellung zum eigenen Körper

Dazu hatten wir zwei Fragen gestellt, eine nach bewußtem attraktivem Äußeren und eine nach bewusster gesunder Lebensweise. In beiden Fällen konnten wir keinen Einfluß auf die Akzeptanz nachweisen. Damit ließ sich die Vermutung nicht bestätigen, daß Patienten, denen ein intaktes Körperbild vor der Operation wichtig war, nach der Operation größere Schwierigkeiten mit dem veränderten Körperbild hätten.

5.5.4.4 Die Dauer des Aufklärungsgesprächs

Wir hatten vermutet, daß ein ausführliches Gespräch die spätere Akzeptanz erleichtert. Für unser Kollektiv konnten wir das nicht bestätigen. Dennoch muß unserer Ansicht nach im Einzelfall gelten, daß das Aufklärungsgespräch alle Fragen und möglichen Probleme des Patienten behandelt.

5.5.4.5 Die postoperative ärztliche Betreuung

Mit diesem Item wenden wir uns denen zu, die zeitlich nach der Operation liegen. Wir gingen von der Vorstellung aus, daß eine professionelle Unterstützung, die es dem Patienten erlaubt, über alle seine Probleme zu sprechen, die Akzeptanz erleichtert. Das traf weder für die Ärzte noch für die Stomatherapeutin noch für die ehrenamtliche Hilfe von anderen Stomaträgern zu. Bei den Ärzten liegt der von uns berechnete Wert allerdings recht nah am Grenzwert, so daß diese Aussage für andere Kollektive nicht zutreffen mag. Wir wollen aus diesem Ergebnis auch nicht den Schluß ziehen, daß Stomatherapeutinnen entbehrlich sind. Dagegen spricht nicht nur, daß einige Patienten eine solche Therapeutin vermißten; sondern auch der große Einfluß, den körperliche Beschwerden auf die Akzeptanz haben.

5.5.4.6 Sexuelle Störungen

Die Tatsache, daß sexuelle Störungen als bedrückend eingestuft werden (im Fragebogen auf Seite 11), beeinflusst für sich genommen die subjektive Akzeptanz nicht. Wir weisen aber darauf hin, daß dieses Item überwiegend (im Verhältnis 17 : 3) von Männern

angekreuzt wurde, während sich ausschließlich Frauen mit dem Beutel nicht abfanden. Wir räumen andererseits auch ein, daß der Fragebogen in diesem Punkt nicht detailliert genug war.

5.5.4.7 Tumorbestrahlung

Bei diesem Parameter wollten wir wissen, ob die mit der Bestrahlung einhergehende körperliche Beeinträchtigung, die nicht auf das Urostoma, sondern auf die Grundkrankheit zurückzuführen ist, BfS-Werte und Akzeptanz beeinflussten. Wir konnten das in beiden Fällen nicht bestätigen.

5.5.4.8 Einkommensverluste durch das Urostoma

Die Vermutung, die Akzeptanz werde erschwert, wenn sich nach der Urostomaoperation das verfügbare Einkommen verringert, konnte für unser Kollektiv nicht bestätigt werden, obwohl immerhin 23 % Einkommensverluste angaben.

5.5.4.9 Suizidalität

Hierzu galt es, zwei verschiedene Überlegungen zu überprüfen. Da das Urostoma selbst sehr selten als Grund für die Suizidgedanken angegeben wurde, lautete die erste Überlegung, daß postoperative Suizidgedanken allgemein die Akzeptanz beeinflussten. Diese Vermutung ließ sich nicht bestätigen. Das in erster Linie die Furcht vor Schmerzen die Suizidgedanken leitete, mag ein Grund dafür sein, möglicherweise auch die geringe Zahl dieser Patienten. Die zweite Überlegung galt allen Patienten, die je in ihrem Leben Suizidgedanken hatten, also die grundsätzliche Bereitschaft zu diesem Schritt erkennen ließen.

Auch in diesem Fall konnten wir unsere Vermutung nicht bestätigen. Nach unserer Einschätzung war gerade in diesem Punkt das Interview dem Fragebogen deutlich überlegen, so daß wir diese Ergebnisse vorsichtig bewerten.

5.5.4.10 Das Vergessen des Beutels

Zwar konnten die Patienten, die den Beutel uneingeschränkt akzeptierten, ihn auch häufiger vergessen, aber die Tendenz war nicht so stark, daß wir zwischen beiden Items Abhängigkeit postulieren konnten. Wir verweisen noch einmal auf die Überlegungen von Küchenhoff und Wirsching (1983, S. 109), in denen darauf hingewiesen wird, daß die Akzeptanz nur glücken kann, wenn keine Verleugnungshaltung eingenommen wird. Vergessen heißt nicht Akzeptieren.

5.5.5 Das soziale Umfeld

Hierzu rechneten wir einmal die soziale Rückstufung, also die Zahl der sozialen Veränderungen und etwa die Einkommensverluste, über die wir bereits auf der vorigen Seite berichtet haben, zum anderen die Beziehungen zur Familie und zu Freunden. Wir hatten die Patienten auch direkt gefragt, ob sie sich einsam fühlten. Die Ergebnisse zu diesem Komplex sind nicht frei von Widersprüchen und nicht leicht zu interpretieren.

5.5.5.1 Die Zahl der Wohnungsmithewohner

Dieses Item hält uns als objektives Kriterium für das "Problemfeld Einsamkeit". Grundüberlegung war hier, daß Patienten, die allein in ihrer Wohnung

lebten, größere Schwierigkeiten hätten, den Beutel zu akzeptieren. Diese Vermutung konnten wir nicht bestätigen.

5.5.5.2 Die Zahl der Freunde

Hier hatten wir nach Veränderungen seit der Urostomaoperation gefragt und vermutet, daß der Verlust von Freunden und die subjektive Akzeptanz nicht unabhängig voneinander sind. Diese Vermutung konnten wir statistisch absichern. Kein Patient, der Freunde verloren hatte, konnte den Beutel akzeptieren.

5.5.5.3 Die Einstellung zu den Freunden

Als Konsequenz aus dem obigen Ergebnis ergab sich die Fragestellung, ob die Patienten, die ihre Einstellung zu ihren Freunden von sich aus nach der Operation geändert hatten, größere Schwierigkeiten mit der Akzeptanz des Stomas hatten. Auch diese Vermutung konnten wir statistisch absichern und stützten sie dadurch, daß wir Unabhängigkeit von den BfS-Werten ausschließen konnten.

5.5.5.4 Neue Kontakte

Hier ging es um die Selbsteinschätzung des Kontaktverhaltens, allerdings nicht gegenüber bekannten, sondern gegenüber unbekannten Menschen. Auch hier vermuteten wir, daß Patienten, die ungern neue Kontakte knüpften, die also ohnedies zum Alleinsein neigten, den Beutel seltener akzeptierten. Diese Vermutung traf zwar zu, doch lag der Rechenwert unter dem Grenzwert für die Fünf-Prozent-Irrtumswahrscheinlichkeit, allerdings recht knapp,

so daß für ein anderes Kollektiv ein anderes Ergebnis denkbar ist.

5.5.5.5 Das Gefühl von Einsamkeit

Hier ging es um die Selbsteinschätzung des Einsamkeitsgefühls semiquantitativ nach der Häufigkeit. Wir kamen zu einem Ergebnis, das dem vorigen sehr ähnlich war. In diesem Fall war jedoch ein Feld signifikant überbesetzt: die Patienten, die sich mit dem Beutel nicht abgefunden hatten, waren häufiger einsam als andere.

5.5.5.6 Die Zahl der bedrückenden sozialen Veränderungen

In der diesbezüglichen Liste wurden die allgemeinen Angaben "Geringe Beweßlichkeit" und "Größere Abhängigkeit" deutlich bevorzugt. Die Zahl der Nennungen war abhängig von den Angaben zur Akzeptanz, war aber unabhängig von den Werten der BFS. Dieses Ergebnis ist nach unserer Ansicht schwer zu bewerten.

5.5.6 Items, bei denen wir Einfluß auf die subjektive Akzeptanz nachweisen konnten

5.5.6.1 Das Geschlecht

Sowohl die BFS-Werte als auch die Angaben zur Akzeptanz waren geschlechtsabhängig. Dabei tendierten die Frauen zu hohen BFS-Werten, die depressive Verstimmungen anzeigen. Es waren ferner nur Frauen, die sich mit dem Beutel nicht abgefunden hatten. Die Interpretation dieses insoweit eindeutigen Ergebnisses wird dadurch etwas erschwert, daß der Anteil der Frauen, die den Beutel uneingeschränkt

akzeptierten, mit 43 % mehr als doppelt so hoch ist wie der der Männer mit 18 %; dieses Ergebnis für sich ist aber nicht statistisch signifikant. Es scheint so, als bezögen die Frauen gegenüber dem Stoma deutlicher Stellung, wobei die Tendenz sicher in Richtung Depression geht, während die Mehrheit der Männer sich mit dem Beutel abfand. Wir weisen noch einmal ausdrücklich darauf hin, daß das Geschlecht der prädisponierte Faktor ist; darüber zu spekulieren, ob nun biologische, frühkindlichen oder gesellschaftliche Bedingungen diese Verhaltensunterschiede erklären, ist müßig.

5.5.6.2 Verlusterlebnisse in der Kindheit

Mit einem Anteil von 23 % an Patienten, die in der Kindheit Vater oder Mutter verloren hatten, oder die in einem Heim erzogen wurden, oder die statt durch die leibliche Mutter durch die Stiefmutter erzogen wurden, die also die intakte Familie nicht kannten, hatten wir vorab nicht gerechnet. Wir konnten aber nachweisen, daß diese Patienten in unserem Kollektiv größere Schwierigkeiten hatten, den Beutel zu akzeptieren, und in der Befindlichkeitsskala vermehrt auf abnorm hohe Werte kamen. Wir müssen annehmen, daß dieser Verlust für den einzelnen Patienten ein einschneidendes Erlebnis war, das die Entwicklung seiner Persönlichkeit nachhaltig beeinträchtigte, und zwar so sehr, daß ein Eingriff wie die Urostomie noch nach Jahren und Jahrzehnten nicht adäquat verarbeitet werden konnte.

5.5.6.3 Das Vorliegen von Krankheiten mit psychischem Hintergrund

Die Problematik dieser Ergebnisse liegt zunächst in der Auswahl der Patienten. Daß wir die Eigenangaben der Patienten zugrunde legten, bedeutet nur, daß wir die Patienten erfaßten, für die diese Krankheiten einen Leidensdruck darstellten. Mit Vorsicht war aber die Angabe "Rheuma" zu bewerten; wir gingen dann von einer rheumatoiden Arthritis aus, wenn auch die Medikamentenanamnese Hinweise dafür gab. Im Übrigen wäre auch unter Fortlassung dieser drei Patienten die Tatsache, daß alle psychosomatisch Kranken die Antwort "Abgefunden" für die Frage nach der Akzeptanz wählten, statistisch signifikant. Bei den psychisch Kranken waren wir bei der Angabe "Epilepsie" von der Überlegung ausgegangen, daß eine epileptische Wesensänderung vorlag. Diese Patientin, die wir im Kapitel "kasuistik" vorstellten, hatte allerdings entgegen der allgemeinen Tendenz den Beutel uneingeschränkt akzeptiert. In unserem Kollektiv spricht alles dafür, daß die Patienten, die unter psychischen oder psychosomatischen Krankheiten oder unter beiden litten, größte Probleme mit der Akzeptanz hatten. Daß diese Patienten nicht zu hohen BfS-Werten neigten, ist in unserem Fall nicht bedeutsam, findet aber eine gewisse Erklärung im Alexithymie-Konzept der französischen Psychosomatik (Bräutigam, 1981, S.44). Auch hier konnten wir für einen Parameter, der zeitlich vor der Operation lag, unsere Ausgangshypothese bestätigen.

5.5.6.4 Die Zahl bedrückender körperlicher Veränderungen

Wir konnten nachweisen, daß die Zahl der als bedrückend eingeschätzten Veränderungen und die Angaben zur Akzeptanz voneinander abhängig waren, in dem Sinne, daß die Patienten, die mehrere Veränderungen nannten, auch den Beutel seltener akzeptierten. Über Ursache und Wirkung können wir nichts sagen; sie sind vermutlich nicht zu trennen. Weil die Zahl der Veränderungen zu groß ist, wird der Beutel nicht akzeptiert, und diese Zahl ist so groß, weil der Beutel nicht akzeptiert wird.

(Dasselbe kann auch für die Werte der Beschwerden-Liste gelten, die zwar von der Akzeptanz, aber nicht von der Anzahl der Veränderungen abhängen. Das mag daher rühren, daß unsere Frage nur auf die Folgen der Urostomieoperation zielte, die Beschwerden-Listen aber ganz allgemein gehalten sind. Wer viele Folgeveränderungen hat, hat nicht ohne weiteres viele allgemeine Beschwerden.)

5.5.6.5 Hautreizungen

Obwohl dieser Parameter unter den Folgen der Urostomieoperation nicht am häufigsten genannt wurde, zeigte die Auswertung nur bei ihm eine Abhängigkeit von den Angaben zur Akzeptanz, die durch die Abhängigkeit von den BFS-Werten gestützt wurde. Wir können feststellen, daß in unserem Kollektiv Hautreizungen - anders als sexuelle Störungen, Furcht vor schlechtem Geruch oder häufige Undichtigkeiten - als besonders beeinträchtigend erlebt wurden.

5.6 Zusammenfassende Überlegungen

Es war uns nicht unwichtig, ob die Parameter, die auf die Akzeptanz Einfluß ausübten, dem Zeitraum vor der Operation zuzuordnen waren oder nicht. Im zweiten Fall waren alle Überlegungen in Richtung Kausalität müßig. Daß die von uns gefundenen Häufigkeiten, die hier wichtig waren, also körperliche und soziale Folgen - insbesondere der Rückzug von den Freunden -, in einer ähnlichen Größenordnung lagen wie die des Schweizer Kollektivs (Studer, 1981), mag zeigen, daß unsere Ergebnisse übertragbar sind.

Im oben angesprochenen ersten Fall läßt sich denken, daß hier Erfahrungen und Verhaltensweisen zugrunde liegen, die es je erleichtern oder erschweren, den Beutel zu akzeptieren.

6. Schlußfolgerung und Ausblick

Die Anlage eines Urostomas ist kein invalidisierender Eingriff; es ist durchaus möglich, die Arbeit nach der Operation wieder aufzunehmen; auch die Freizeitgestaltung muß keine Änderung erfahren. Es ist aber in einem beträchtlichen Prozentsatz auch noch nach Monaten mit depressiven Reaktionen zu rechnen, die sich unter Umständen auch in großem Alkoholkonsum oder Suizidgedanken äußern.

Nach unseren Erhebungen haben Frauen, Patienten mit psychischen oder psychosomatischen Krankheiten und Patienten, die nicht in einer intakten Familie aufwuchsen, in ihrem Leben Erfahrungen gemacht und Verhaltensweisen gelebt, die den Umgang mit dem Beutel erschweren. Diese Gruppen können schon vor der Operation erkannt werden und bedürfen einer guten Unterstützung. In jedem Fall sollte versucht werden, möglichst offen mit den Patienten über die Operation und ihre Folgen zu sprechen und auch die Familie des Patienten mit einzubeziehen. Ein Gespräch mit einem Stomaträger vor der Operation ist hilfreich. Nach der Operation sind somatische Folgen - insbesondere Hautprobleme - besonders belastend. Hier kommt der Stomatherapeutin und dem weiterbehandelnden Arzt die Aufgabe zu, diese Probleme so gering wie möglich zu halten; sie sollten den Patienten ermutigen, die Verantwortung für das Stoma selbst zu übernehmen. Selbsthilfegruppen wie zum Beispiel die ILCO können nicht nur bei körperlichen, sondern auch bei sozialen Folgeerscheinungen unterstützend eingreifen, indem sie zu verhindern versuchen, daß sich der Patient isoliert.

Weitere Forschungen könnten - neben einer Überprüfung unserer Ergebnisse und einer Faktorenanalyse -

die Reaktionen der Patienten im Verlauf herausarbeiten, was allerdings einen anderen Fragebogen erforderte. Denkbar wäre auch, die Befindlichkeits-skala vor und nach der Operation einzusetzen, um die psychische Rehabilitation im Einzelfall genauer beurteilen zu können.

7. Zusammenfassung

Um zu erfahren, mit welchen Veränderungen Urostoma-Patienten leben und wie sie auf den Eingriff reagierten, haben wir 48 Patienten aus 3 Operationszentren befragt. Unsere Ergebnisse basieren auf einem Fragebogen, dessen Konzeption sich nach unseren Anforderungen richtete. Bei 9 Patienten wurde er in Interviews auf seine Brauchbarkeit überprüft; bei der postalischen Versendung ergab sich eine Rücklaufquote von 50 Prozent.

Bei den Ergebnissen zu den somatischen Folgen stehen an der Spitze:

- sexuelle Störungen (ca. 40 %)
- Hautprobleme (ca. 25 %).

Bei den sozialen Folgen werden gleich häufig genannt:

- geringe soziale Mobilität (ca. 40 %)
- größere Abhängigkeit (ca. 40 %); ferner:
- völliger Verzicht auf Sport (15 % der zuvor sportlich Tätigen).

Entsprechend dem höheren Lebensalter ist von Veränderungen im Berufsleben nur ein Teil betroffen:

- völlige Aufgabe der Arbeit (ca. 45 % der zuvor Berufstätigen).

Bei den seelischen Folgen und Reaktionen auf den Beutel wird am häufigsten genannt:

- häufige Niedergeschlagenheit (ca. 25 %).

Ferner kommen vor:

- Suizidgedanken nach der Operation (ca. 10 %)
- Verlust von Freunden (knapp 10 %)
- starker Alkoholkonsum (ca. 5 %).

Andererseits:

- schätzen 30 % ihren Zustand als gut ein;
- können 25 % den Beutel uneingeschränkt akzeptieren.

Mit statistischen Berechnungen haben wir die Parameter bestimmt, die die Angaben zur subjektiven Akzeptanz beeinflussen respektive von ihnen abhängen. Diese Parameter lassen sich in zwei Gruppen untergliedern; die erste Gruppe ist dem Zeitraum vor der Operation zuzuordnen, so daß man hier bestimmte Erfahrungsmuster annehmen kann, die die Akzeptanz beeinflussen.

- Das Geschlecht.
 - Die Tatsache, daß psychische oder psychosomatische Krankheiten vorbestehen oder nicht.
 - Die Tatsache, daß der Patient ein Elternteil in der Kindheit verloren hat oder von Fremden erzogen wurde.
- Die zweite Gruppe ist dem Zeitraum nach der Operation zuzuordnen, so daß man hier lediglich von wechselseitiger Abhängigkeit sprechen kann:
- Die Tatsache, häufig niedergeschlagen zu sein oder nicht.
 - Die Zahl bedrückender körperlicher Veränderungen.
 - Hautreizungen.
 - Die Zahl bedrückender sozialer Veränderungen.
 - Die Tatsache, Freunde verloren zu haben oder nicht.
 - Die Einstellung gegenüber den Freunden.

Wir haben also drei Personengruppen benannt, die vor der Operation einer besonders sorgfältigen Aufklärung über Sinn und Folgen des Eingriffs bedürfen: Frauen, Patienten, die an Krankheiten mit psychischem Hintergrund leiden, und Patienten, die schon von der Konstellation her nicht aus einer intakten Familie kommen. Nach der Operation sollten negative somatische und soziale Veränderungen nach Möglichkeit verhindert werden, damit die emotionale Verarbeitung des Eingriffs nicht durch äußere Faktoren beeinträchtigt wird.

Die Arbeit zeigt, daß ein Gesamttherapieplan die individuellen psychischen und sozialen Gegebenheiten des Patienten einbeziehen sollte, damit der Patient das Urostoma akzeptieren kann und so seine Lebensqualität tatsächlich verbessert wird.

8. Literaturverzeichnis

- 1) Ackermann, R. Komplikationen und Spätfolgen
Ebert, T. nach radikaler Zystektomie und
(1985) supravasikulärer Harnableitung.
Der Urologe A 24, 150-155.
- 2) Arnold, K. Aktuelle Probleme der Stoma-
(Hrsg.) versorgung.
(1976) Braun, Karlsruhe.
- 3) Beckmann, D. Der Gießen-Test. Ein Test für
Richter, H.E. Individual- und Gruppendiagnostik.
(1975) Huber, Bern.
- 4) Bergman, B. The effect on erection and orgasm
Nilsson, S. of cystectomy, prostatectomy and
Petersen, I. vesiculectomy for cancer of the
(1979) bladder. A clinical and electro-
myographic study.
Brit. J. Urol. 51, 114-120
- 5) Bräutigam, W. Psychosomatische Medizin.
Christian, P. 3. Auflage. Thieme, Stuttgart.
(1980)
- 6) Eder, M. Lehrbuch der allgemeinen Patho-
Gedick, P. logie und der Pathologischen
(Hrsg.) Anatomie.
(1977) 30. Auflage. Springer, Berlin.
- 7) Englert, H. Urostomie, ein Leitfaden.
(Hrsg.) ILCO, Freising.
(1978)
- 8) Forster, C. Die Lebensqualität der Stomaträger.
(1985) ILCO-Schweiz, Biel.
(Unveröffentlichtes Manuskript)
- 9) Immich, H. Medizinische Statistik. Eine Ein-
(1974) führungsvorlesung. Schattauer, Stuttgart.

- 10) Jones, M. Life with ileal conduit. Results
Breckman, B. of questionnaire, surveys of
Hendry, W.F. patients and urological surgeons.
(1980) Brit. J. Urol. 52, 21-25.
- 11) Kollegium Biomathematik für Mediziner.
Biomathematik NW Springer, Berlin.
(Hrsg.)
(1976)
- 12) Klußmann, R. Urinstoma und Psyche.
(1984) Der Urologe A 23, 288-290.
- 13) KHehenhoff, J. Hilfe bei seelischen Problemen von
Wirsching, M. Anus-praeter-Patienten.
(1983) In: Englert, G., Winkler, R. (Hrsg.):
Verbesserung der Lebensqualität von
Stomaträgern. ILCO, Freising.
- 14) Lienert, G. Verteilungsfreie Methoden in der
(1973) Biostatistik, Bd. I. 2. Auflage.
Hain, Meisenheim am Glan.
- 15) Miller, A. Du sollst nicht merken.
(1981) Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- 16) Philip, N. Ileal conduit urinary diversion:
Williams, J. long-term follow-up in adults.
Byers, C. Brit. J. Urol. 52, 515-519.
(1980)
- 17) Praetorius, M. Störungen im Sexualbereich.
(1983) In: Englert, G., Winkler, R. (Hrsg.):
Verbesserung der Lebensqualität von
Stomaträgern. ILCO, Freising.
- 18) Sachs, L. Angewandte Statistik.
(1974) 4. Auflage. Springer, Berlin.
- 19) Schmidbauer, W. Die hilflosen Helfer.
(1977) Rowohlt, Reinbeck.

- 20) Schover, L. Sexual function and female radical
Eschenbach, A.v. cystektomy. A case series.
(1985) J. Urol. (Baltimore) 134, 465-468.
- 21) Studer, U. Die psycho-soziale Reintegration
Furger, P. des Urostomapatienten.
(1981) Schweiz. med. Wschr. 111, 1834-1839.
- 22) Sullivan, J. Complications of ureteroileal
Grabstald, H. conduit with radical cystektomy.
Whitmore, W. Review of 336 cases.
(1980) J. Urol. (Baltimore) 124, 797-801.
- 23) Uexküll, Th. v. Lehrbuch der Psychosomatischen
(Hrsg.) Medizin.
(1979) Urban & Schwarzenberg, München.
- 24) Wirsching, M. Results of Psychosozial Adjust-
Drüner, H.U. ment to Long-Term-Colostomy.
Herrmann, G. Psychother. Psychosom. 26, 245-256
(1975)
- 25) Wirsching, M. Psychosoziale Rehabilitation von
Drüner, H.U. Anay-Präter-Trägern. Ein Vergleich
Hehl, F.J. von Krebs- und Colitis Ulcerosa-
Herrmann, G. Patienten.
Köhler, K. Med. Psychol. 3, 119-128.
(1977)
- 26) Zerssen, D.v. Die Beschwerden-Liste.
(1976) (1) Beltz, Weinheim.
- 27) Zerssen, D.v. Die Befindlichkeits-Skala.
(1976) (2) Beltz, Weinheim.

9. Lebenslauf

11. Februar 1960: Geburt in Hamburg, als 1. Sohn
des Dr. Hans Arnold und der Gertraude
Arnold, geb. Vosteen
- April 1966: Einschulung in die Volksschule
am Turmweg, Hamburg
08. Dezember 1968: Umzug nach München
Grundschule an der Simmernstraße
- September 1970: Übertritt ins Maximiliansgymnasium,
München
27. Juni 1979: Abitur
- November 1979: Beginn des Medizinstudiums an der
Ludwig-Maximilians-Universität,
München
07. September 1981: Ärztliche Vorprüfung
10. September 1982: Erster Teil der Ärztlichen Prüfung
07. September 1984: Zweiter Teil der Ärztlichen Prüfung
13. November 1985: Dritter Teil der Ärztlichen Prüfung
Approbation

10. Anhang

- Der Urostoma-Fragebogen
- Die Beschwerden-liste BL
- Die Beschwerden-Liste BL'
- Die Befindlichkeits-Skala BfS
- Der Gießen-Test GT-S
- Zwei Profilblätter zum Gießen-Test

Ihnen wurde am

Operation ein Urostoma angelegt.

Beantworten Sie bitte zunächst einige Fragen zu der Krankheit, die schließlich zur Anlage des Stomas führte.

1				
---	--	--	--	--

1 5

--	--

6

Wie wurde die Krankheit entdeckt?

O Zufällig

O Auf Grund von Beschwerden

Wenn Sie Beschwerden an der Harnblase hatten, wann traten sie zum ersten Mal auf?

..... (Monat/Jahr)

--	--	--	--

10

Welche Beschwerden traten auf?

.....

--	--

14

--	--

16

Wann sind Sie deshalb zum Arzt gegangen?

..... (Monat/Jahr)

--	--

18

Wie oft wurden Sie seither an der Blase operiert?

..... Mal

--	--

Sind Sie bestrahlt worden?

O Ja

O Nein

--	--

20

Wenn ja, aus welchem Grund?

.....

--	--

22

Beantworten Sie nun bitte einige Fragen zur Stomaoperation.

Hatten sich Ihre Beschwerden kurz vor der Stomaoperation

O verbessert

O nicht verändert

O verschlechtert

O wechselhaft gezeigt?

--	--

23

Hat vor der Operation ein Arzt mit Ihnen gesprochen?

☐ Ja ☐ Nein

Hat er Ihnen gesagt, welche Krankheit Sie haben?

☐ Ja ☐ Nein

Was hat er Ihnen gesagt?

.....

Hat er Ihnen gesagt, daß ein Urostoma angelegt würde?

☐ Ja ☐ Nein

Hat er mit Ihnen gesprochen über

-den Grund zur Operation ☐ Ausführlich ☐ Andeutungsweise ☐ Nein

-die Risiken der OP ☐ ☐ ☐

-den Sinn der OP ☐ ☐ ☐

-die Funktion des Stomas ☐ ☐ ☐

die Folgen der OP

--in körperlicher (auch in
sexueller Hinsicht) ☐ ☐ ☐

--in sozialer Hinsicht ☐ ☐ ☐

-- in seelischer Hinsicht ☐ ☐ ☐

Wie lange dauerte das Gespräch (die Gespräche zusammen)?

☐ Weniger als 5 Minuten ☐ 5 - 10 min.

☐ 10 - 20 min. ☐ Länger als 20 min.

Wie empfanden Sie das Gespräch?

☐ Weitschweifig ☐ Ausführlich ☐ Ausreichend

☐ Ungenügend ☐ Beängstigend ☐ Beruhigend

☐ Informativ ☐ Anders

(Bei dieser Frage ist Mehrfachnennung möglich.)

Beantworten Sie bitte einige Fragen zur medizinischen
Versorgung nach der Operation.

Kümmert sich seit der Operation ein Arzt um Sie?

☐ Ja ☐ Nein

Können Sie mit Ihm über Ihre Probleme sprechen?
O So gut wie immer O Oft, über viele O Selten, über einige
O So gut wie nie

Haben sich die Beschwerden, die zum Urostoma geführt haben,
seit dessen Anlage verändert?

O Besser verbessert O Unverändert
O Besser verschlechtert O Unsicher

Sind neue Beschwerden aufgetreten?

O Ja O Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie eine Stomatherapeutin?

O Ja O Nein

Wenn Sie eine haben, um welche Probleme kümmert sie sich?

O Um die Handhabung des Beutels allein.
O Um die Handhabung des Beutels und um Lebensprobleme.

Fühlen Sie sich von Ihr ausreichend betreut?

O Ja O Nein

Wenn Sie keine haben, vermissen Sie eine?

O Ja O Nein

Haben Sie das Gefühl, Sie seien von medizinischer Seite in
irgendeiner Hinsicht vernachlässigt worden?

O Ja O Nein

Nun einige wenige Fragen zu anderen Krankheiten

Welche sonstigen Krankheiten sind Ihnen bekannt?

1.....
2.....
3.....

Wurde Sie früher in Ihrem Leben operiert?

O Ja O Nein

Wenn ja, welche Operationen hatten Sie, und wann waren sie?

- 1.....im Jahr.....
2.....im Jahr.....
3.....im Jahr.....
4.....im Jahr.....

63

Haben Sie je einen Nervenarzt oder Psychotherapeuten aufgesucht?

- ☐ Nervenarztim Jahr.....
☐ Psychosomatikerim Jahr.....
☐ Psychoanalytikerim Jahr.....
☐ Psychologenim Jahr.....
☐ Psychotherapeutenim Jahr.....
☐ Nein

(Bei dieser Frage ist Mehrfachnennung möglich)

Wenn ja, aus welchem Grund?

.....
.....

Beantworten Sie jetzt bitte einige Fragen zur Problematik,
wie Sie mit Ihrem Beutel umgehen.

Wurde Ihnen nach der Operation die Pflege des Beutels gezeigt?

- ☐ Ausführlich ☐ Eher kurz und oberflächlich ☐ Nein

Wie oft wechseln Sie den Beutel?

Häufigkeit mal in der Woche.

Ist der Wechsel ☐ eher unangenehm und schwierig

☐ eher einfach

☐ schwer zu bewerten?

Hilft Ihnen jemand beim Wechsel? *

- ☐ Fast immer ☐ Ziemlich oft ☐ Meistens nicht ☐ Fast nie

Wenn ja, glauben Sie, daß diese Hilfe notwendig ist?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wird der Beutel undicht?

- ☐ Ja ☐ Nein

80

81

☐ 84

Wenn ja, wie oft?

☐ Ca. mal im Jahr

☐

Befürchten Sie einen schlechten Geruch?

☐ Fast immer

☐ Ziemlich oft

☐ Meistens nicht

☐ Fast nie

☐

Verursacht der Beutel (oder sein Wechsel) Hautreizungen?

☐ Fast immer

☐ Ziemlich oft

☐ Meistens nicht

☐ Fast nie

☐ 85

Halten Sie die Iare des Stomas für eher günstig oder ungünstig?

☐ Eher günstig

☐ Eher ungünstig

☐ Unterschieden

Wie denken Sie darüber, daß Sie einen Beutel tragen müssen?

☐ Ich habe es akzeptiert.

☐ Ich habe mich daran gewöhnt.

☐ Ich habe mich damit abgefunden.

☐ Ich habe mich nicht damit abgefunden.

☐

Gibt es Momente, in denen Sie ganz vergessen, daß Sie ein Stoma tragen?

☐ Fast immer

☐ Ziemlich oft

☐ Meistens nicht

☐ Fast nie

☐ 86

Wie empfinden Sie den Beutel?

☐ Als Teil des eigenen Körpers

☐ Als "guten Freund"

☐ Als lebensnotwendiges Übel

☐ Als Fremdkörper

☐ Gar nicht

☐ Anders.....

(Erläuterung möglich)

☐ 87

Beantworten Sie bitte einige Fragen zu Haushalt und Beruf.

☐

Waren Sie vor der Operation berufstätig?

☐ Ja

☐ Nein

☐ 88

Wenn ja, welchen Beruf haben Sie ausgeübt?

.....

☐ ☐ ☐

Wenn nein, waren Sie

☐ in Rente/Pension

☐ arbeitslos?

☐ Seit(Monat/Jahr)

Haben Sie nach der Operation Ihre Arbeit in vollem Umfang wieder aufgenommen?

☐ Ja

☐ Nein

☐ 89

Wenn Ja:

☐ Sind Sie in Rente gegangen?

☐ Arbeiten Sie noch als Teilzeitkraft?

Beziehen Sie jetzt eine Rente?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, aus welchen Gründen?

☐ Aus Altersgründen

☐ Wegen des Urostomas

☐ Wegen eines früheren Unfalls

☐ Aus sonstigen Gründen.....

Können Sie jetzt mit Ihrem Einkommen zurecht?

☐ Ja ☐ So gerade ☐ Eigentlich nicht

Hat sich Ihr Einkommen wegen des Urostomas spürbar verringert?

☐ Ja ☐ Nein

Wie würden Sie Ihre Arbeitsfähigkeit im Haushalt beschreiben?

☐ Uneingeschränkt

☐ Etwas behindert

☐ Stark behindert

☐ (Fast) völlig eingeschränkt

Sind etwaige Behinderungen

☐ auf das Urostoma zurückzuführen,

☐ schon früher dazugekommen?

Hätten Sie gern eine größere Wohnung?

☐ Ja ☐ Nein

Beantworten Sie nun bitte einige Fragen zu Ihrer Freizeit.

Haben Sie wegen des Urostomas ein Hobby aufgegeben?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie ein neues Hobby gefunden?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie vor der Operation Sport getrieben?

☐ Ja ☐ Nein

Hatten Sie unmittelbar vor Beschwerdebeginn starke körperliche oder seelische Veränderungen erfahren?

1. Körperliche
.....
2. Seelische
.....
O Keine

Wie hat es Sie berührt, als Sie den Namen Ihrer Krankheit, die zum Urostoma führte, erfahren?

- O Ich war darauf vorbereitet O verzweifelt
O gelassen O erschreckt
O gleichgültig O ungläubig
O Keine Vorstellung O Weiß ich nicht mehr.

Wie hat Sie die Tatsache berührt, daß Sie ein Stoma würden tragen müssen?

- O Ich war darauf vorbereitet O verzweifelt
O gelassen O erschreckt
O gleichgültig O ungläubig
O Keine Vorstellung O Weiß ich nicht mehr.

Wie würden Sie Ihren Zustand unmittelbar vor der Operation beschreiben?

- O Ich war sehr niedergeschlagen und verzweifelt.
O Ich war gleichgültig gegen alles.
O Ich hoffte auf Verbesserung meines Zustands.
O Ich weiß es nicht mehr.

Haben Sie vor der Operation mit einem Urostomaträger gesprochen?

- O Ja O Nein

Beantworten Sie nun bitte einige Fragen zu Ihrem jetzigen Zustand.

Wie würden Sie allgemein Ihren jetzigen Zustand beschreiben?

- O Gut O Normal O Schlecht O Sehr elend

Wenn Ihr Zustand nicht gut ist, liegt das an

- O dem Urostoma
O der Stomakrankheit
O anderen Krankheiten
O anderen Gründen

Befürchten Sie, Ihre Grundkrankheit sei durch das Urostoma nicht völlig beseitigt?

☐ 33 ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unsicher

Verspüren Sie jetzt allgemein innere Unruhe oder Angst?

☐ ☐ Ja ☐ Nein

Fühlen Sie sich niedergeschlagen?

☐ 35 ☐ Fast immer ☐ Ziemlich oft ☐ Meistens nicht ☐ Fast nie

Fühlen Sie sich einsam oder verlassen?

☐ ☐ Fast immer ☐ Ziemlich oft ☐ Meistens nicht ☐ Fast nie

Haben Sie Kontakt zu anderen Stomaträgern (z.B. in der ILCO)?

☐ ☐ Ja ☐ Nein

Wenn nicht, vermissen Sie einen solchen Kontakt?

☐ ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unsicher

Erinnern Sie sich an Ihre nächtlichen Träume?

☐ ☐ Fast immer ☐ Ziemlich oft ☐ Meistens nicht ☐ Fast nie

Sind die Träume in der Regel

☐ ☐ angenehm -

☐ ☐ unangenehm -

☐ 41 ☐ oder kann man das nicht sagen?

☐ Welche alkoholischen Getränke und wieviel davon trinken Sie täglich?

☐ 42 Wieviele Zigaretten rauchen Sie täglich? Stück

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

☐
.....
.....

☐ Haben Sie jemals daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?

☐ ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann, in welcher Situation, und aus welchen Gründen?

☐
.....
.....

Welche körperliche Veränderung nach der Stomaoperation bedrückt Sie sehr? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Keine
☐ Verlust eines Organs
☐ Verlust der Kontrolle beim Wasserlassen
☐ Hautreizungen
☐ Sexuelle Störungen
☐ Der Beutel als Fremdkörper
☐ Andere

55

Welche Veränderung im sozialen Lebensbereich bedrückt Sie sehr? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Keine
☐ Berufliche Veränderungen
☐ Eheprobleme
☐ Aufgabe des Hobbys
☐ Verlust von Freunden
☐ Geringe Beweglichkeit
☐ Größere Abhängigkeit
☐ Andere

Verspüren Sie das Bedürfnis nach einer psychotherapeutischen Betreuung?

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unsicher

Das Urostoma war der Preis dafür, daß sich Ihre gesundheitliche Lage gebessert hat. Glauben Sie, daß dieser Preis

☐ tragbar ist - ☐ zu hoch ist?

65

Beantworten Sie schließlich ein paar Fragen zur Lebensgeschichte.

Charakterisieren Sie bitte Ihren Vater:

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| ☐ Eher streng | ☐ Eher mild | ☐ Weder - noch |
| ☐ Eher niedergeschlagen | ☐ Eher fröhlich | ☐ Weder - noch |
| ☐ Eher herrschaftlich | ☐ Eher nachgiebig | ☐ Weder - noch |
| ☐ Eher ungeduldig | ☐ Eher geduldig | ☐ Weder - noch |
| ☐ Eher zurückgezogen | ☐ Eher teilnahmsvoll | ☐ Weder - noch |

70

Charakterisieren Sie bitte Ihre Mutter:

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| ☐ Eher streng | ☐ Eher mild | ☐ Weder - noch |
| ☐ Eher niedergeschlagen | ☐ Eher fröhlich | ☐ Weder - noch |
| ☐ Eher herrschaftlich | ☐ Eher nachgiebig | ☐ Weder - noch |
| ☐ Eher ungeduldig | ☐ Eher geduldig | ☐ Weder - noch |
| ☐ Eher zurückgezogen | ☐ Eher teilnahmsvoll | ☐ Weder - noch |

75

Wie war das Verhältnis der Eltern zueinander?

☐ 76
O Eher gut O Eher schlecht O Unentschieden

Haben sich Ihre Eltern scheiden lassen?

☐
O Ja O Nein

☐ Wenn ja, in welchem Jahr.

Haben oder hatten Sie Geschwister?

☐ 8.
O Ja O Nein

☐ Wenn ja, das wievielte Kind waren Sie? Das

Welchen Schulabschluß haben Sie erreicht?

☐
O Keinen
O Hauptschulabschluß
O Mittlere Reife
O Abitur
O Abgeschlossenes Hochschulstudium

☐ Welchen Beruf haben Sie erlernt?

☐ 9.
Wenn Sie geheiratet haben, wann war das?

☐ Wenn Sie geschieden sind oder getrennt leben, seit wann tun Sie es?

☐ Wieviele Kinder haben Sie?

Wann sind sie (die Kinder) geboren?

1..... 2 3.....
.....

☐ 99
Erwähnen Sie bitte sonstige Ereignisse Ihres Lebens.

28

W

0 Weiblich

41

☐ Verheiratet

0 Geschieden

0 Verwitwet

114

0 E18 20 000

0 B1s 200 000

0 Über 200 000

U

_____ 10

102

11

11

105.

B-L

B ..

Inst _____ Stat _____ Datum _____ Wt _____
 I-Nr _____ ICD-Nr _____ Uhrzeit _____ / _____ Tz _____
 V - IQ _____

Ab hier vom Patienten auszufüllen.

Name _____ Mädchenname _____
 Vorname _____ Geburtsdatum _____ Alter _____ Jahre
 Beruf _____ Geschlecht m/w _____

Bitte, füllen Sie diese Beschwerdenliste sorgfältig aus. Machen Sie ein Kreuz in eine der vier Spalten rechts entsprechend der Stärke Ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung! Beantworten Sie alle Punkte, lassen Sie keinen aus!

Ich leide unter folgenden Beschwerden:

	stark	mäßig	kaum	gar nicht
1. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals	3	2	1	0
2. Kurzatmigkeit	3	2	1	0
3. Schwächegefühl	3	2	1	0
4. Schluckbeschwerden	3	2	1	0
5. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	3	2	1	0
6. Druck- oder Völlegefühl im Leib	3	2	1	0
7. Müdigkeit	3	2	1	0
8. Übelkeit	3	2	1	0
9. Sodbrennen oder saures Aufstoßen	3	2	1	0
10. Reizbarkeit	3	2	1	0
11. Grubelei	3	2	1	0
12. Starkes Schwitzen	3	2	1	0
13. Kreuz- oder Rückenschmerzen	3	2	1	0
14. Innere Unruhe	3	2	1	0
15. Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen	3	2	1	0
16. Unruhe in den Beinen	3	2	1	0
17. Überempfindlichkeit gegen Wärme	3	2	1	0
18. Überempfindlichkeit gegen Kälte	3	2	1	0
19. Übermäßiges Schlafbedürfnis	3	2	1	0
20. Schlaflosigkeit	3	2	1	0
21. Schwindelgefühl	3	2	1	0
22. Zittern	3	2	1	0
23. Nacken- oder Schulterschmerzen	3	2	1	0
24. Gewichtsabnahme	3	2	1	0

Inst _____ Stat _____ Datum _____ Wt _____
 I-Nr _____ ICD-Nr _____ Uhrzeit _____ / Tz _____
 V - IQ _____

Ab hier vom Patienten auszufüllen:

Name _____ Mädchenname _____
 Vorname _____ Geburtsdatum _____ Alter _____ Jahre
 Beruf _____ Geschlecht m/w _____

Bitte, füllen Sie diese Beschwerdenliste sorgfältig aus. Machen Sie ein Kreuz in eine der vier Spalten rechts entsprechend der Stärke Ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung! Beantworten Sie alle Punkte, lassen Sie keinen aus!

Ich leide unter folgenden Beschwerden:

	stark	mäßig	kaum	gar nicht
1. Kopfschmerzen bzw. Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen	3	2	1	0
2. Müdigkeit	3	2	1	0
3. Gleichgewichtsstörungen	3	2	1	0
4. Anfallsweise Atemnot	3	2	1	0
5. Erstickungsgefühl	3	2	1	0
6. Neigung zum Weinen	3	2	1	0
7. Appetitlosigkeit	3	2	1	0
8. Schluckauf	3	2	1	0
9. Herzklopfen, Herzbjagen oder Herzzstolpern	3	2	1	0
10. Rasche Erschöpfbarkeit	3	2	1	0
11. Angstgefühl	3	2	1	0
12. Leibscherzen (einschl. Magen- oder Unterleibsscherzen)	3	2	1	0
13. Verstopfung	3	2	1	0
14. Energielosigkeit	3	2	1	0
15. Gelenk- oder Gliederscherzen	3	2	1	0
16. Konzentrationsschwäche	3	2	1	0
17. Kalte Füße	3	2	1	0
18. Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit	3	2	1	0
19. Leichtes Erröten	3	2	1	0
20. Frieren	3	2	1	0
21. Aufsteigende Hitze, Hitzewallungen	3	2	1	0
22. Trübe Gedanken	3	2	1	0
23. Innere Gespanntheit	3	2	1	0
24. Taubheitsgefühl („Einschlafen“, „Absterben“, Brennen oder Kribbeln) in Händen und/oder Füßen	3	2	1	0

Inst Stat Datum Wt
 I-Nr ICD-Nr Uhrzeit / Tz
 V-IQ

Ab hier vom Patienten auszufüllen

Name Mädchenname
 Vorname Geburtsdatum Alter Jahre
 Beruf Geschlecht m/w

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Eigenschaftspaaren. Bitte, entscheiden Sie – ohne lange zu überlegen – welche der beiden Eigenschaften Ihrem augenblicklichen Zustand am ehesten entspricht. Machen Sie in das Kästchen hinter der eher zutreffenden Eigenschaft ein Kreuz. Nur wenn Sie sich gar nicht entscheiden können, machen Sie ein Kreuz in die Spalte „weder – noch“.

Ich fühle mich jetzt

		eher		eher	weder-noch
1.	frisch	0	matt	2	1
2.	teilnahmslos	2	teilnahmsvoll	0	1
3.	fröhlich	0	schwermütig	2	1
4.	erfolgreich	0	erfolglos	2	1
5.	gereizt	2	friedlich	0	1
6.	entschlußlos	2	entschlußfreudig	0	1
7.	lustig	0	weinerlich	2	1
8.	gutgelaunt	0	verstimmt	2	1
9.	appetitlos	2	appetitfreudig	0	1
10.	gesellig	0	zurückgezogen	2	1
11.	minderwertig	2	vollwertig	0	1
12.	entspannt	0	gespannt	2	1
13.	glücklich	0	unglücklich	2	1
14.	scheu	2	zuganglich	0	1
15.	sündig	2	rein	0	1
16.	sicher	0	bedroht	2	1
17.	verlassen	2	umsorgt	0	1
18.	ausgewogen	0	innerlich getrieben	2	1
19.	selbstsicher	0	unsicher	2	1
20.	elend	2	wohl	0	1
21.	beweglich	0	starr	2	1
22.	müde	2	ausgeruht	0	1
23.	zögernd	2	bestimmt	0	1
24.	ruhig	0	unruhig	2	1
25.	schwunglos	2	schwungvoll	0	1
26.	nutzlos	2	unentbehrlich	0	1
27.	schwerfällig	2	lebhaft	0	1
28.	überlegen	0	unterlegen	2	1

Name _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Testdatum _____

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie Sie sich selbst sehen und empfinden. Bitte tragen Sie Ihren Eindruck von sich selbst auf einer Skala ein. Die Skala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht jeweils von 1 bis 3 nach links oder rechts

- 0 Sie glauben, daß Ihr Verhalten **im Vergleich zu anderen Menschen** unauffällig ist. 0 bedeutet also, daß diese Haltung bzw. Einstellung im Vergleich zu anderen Menschen in der Mitte liegt. (Z. B. Nr. 1: Wenn Sie den Eindruck haben, daß Sie selbst im Vergleich zu anderen Menschen weder ungeduldig noch geduldig sind, dann kreuzen Sie 0 an. Weicht Ihr Verhalten nach einer Seite hin ab, so kreuzen Sie bitte je nach Ausmaß 1, 2 oder 3 an)

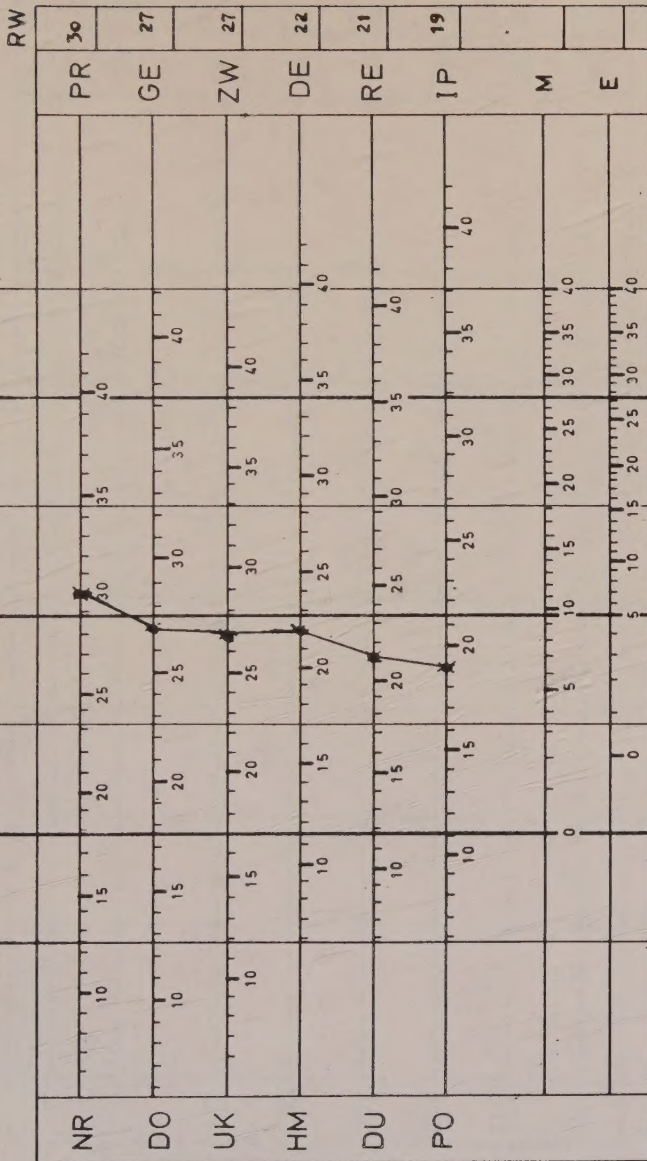
1 Ich habe den Eindruck, ich bin eher ungeduldig	3 2 1 0 1 2 3	eher geduldig
2 Ich glaube, ich suche eher	3 2 1 0 1 2 3	ich meide eher Geselligkeit
3 Ich schätze, ich lege es eher darauf an, andere zu lenken	3 2 1 0 1 2 3	von anderen gelenkt zu werden
4 Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen wurde meine seelische Verfassung sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig beeinflussen.
5 Ich habe den Eindruck, daß ich mir eher selten	3 2 1 0 1 2 3	eher besonders häufig über meine inneren Probleme Gedanken mache
6 Ich schätze, daß ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen	3 2 1 0 1 2 3	meinen Ärger irgendwie abzureagieren
7 Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	kaum daran interessiert, andere zu übertreffen.
8 Ich halte mich für sehr wenig	3 2 1 0 1 2 3	besonders ängstlich.
9 Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden	3 2 1 0 1 2 3	eher unzufrieden sind
10 Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	besonders wenig Vertrauen
11 Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von meinen Bedürfnissen nach Liebe.
12 Ich glaube, ich meide eher	3 2 1 0 1 2 3	suche eher sehr engen Anschluß an einen anderen Menschen
13 Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher gut	3 2 1 0 1 2 3	eher schlecht mit Geld umgehen
14 Ich halte mich selten	3 2 1 0 1 2 3	oft für sehr bedrückt.
15 Ich habe den Eindruck, ich gebe im allgemeinen viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von mir preis.
16 Ich schätze, es gelingt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mich beliebt zu machen
17 Ich glaube, ich habe es eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, mich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden
18 Ich glaube, ich bin mit der Wahrheit eher großzügig	3 2 1 0 1 2 3	eher übergenu.
19 Ich habe den Eindruck, ich gehe eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer aus mir heraus
20 Ich glaube, im Vergleich zu meinen Altersgenossen wirke ich in meinem Benehmen eher jünger	3 2 1 0 1 2 3	eher älter..
21 Ich habe den Eindruck, ich bin eher sehr wenig ordentlich	3 2 1 0 1 2 3	eher überordentlich.
22 Ich schätze, ich gerate besonders häufig	3 2 1 0 1 2 3	besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen.

23 Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, daß man mich für minderwertig	3 2 1 0 1 2 3	für wertvoll hält.
24 Ich habe den Eindruck, ich schaffe mir im Leben eher besonders viel Mühe	3 2 1 0 1 2 3	eher Bequemlichkeit.
25 Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr fern	3 2 1 0 1 2 3	eher sehr nahe
26 Ich glaube, ich habe im Vergleich zu anderen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	eher wenig Phantasie
27 Ich glaube, ich lege kaum	3 2 1 0 1 2 3	sehr viel Wert darauf, schön auszu-sehen
28 Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mit anderen eng zusammenzuarbeiten.
29 Ich denke, ich mache mir selten	3 2 1 0 1 2 3	immer Selbstvorwürfe
30 Ich glaube, ich kann einem Partner außerordentlich viel	3 2 1 0 1 2 3	wenig Liebe schenken.
31 Ich glaube, ich benehme mich im Vergleich zu anderen besonders fügsam	3 2 1 0 1 2 3	besonders eigensinnig
32 Ich glaube, ich mache mir verhältnismäßig selten	3 2 1 0 1 2 3	verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen.
33 Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht	3 2 1 0 1 2 3	eher gut, meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen.
34 Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv	3 2 1 0 1 2 3	wenig erlebnisfähig.
35 Ich denke, ich habe sehr gute	3 2 1 0 1 2 3	sehr schlechte schauspielerische Fähigkeiten.
36 Ich glaube, daß man mich im allgemeinen eher als stark	3 2 1 0 1 2 3	eher als schwach einschätzt
37 Ich habe den Eindruck, ich habe es sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken.
38 Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu anderen eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, bei einer Sache zu bleiben.
39 Ich glaube, ich kann sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht ausgelassen sein.
40 Ich fühle mich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen	3 2 1 0 1 2 3	sehr befangen.

GT-Profilblatt

n = 29 (-64), Durchschnittswerte

% - Rang 0,1 0,6 2,3 6,7 15,9 30,9 50,0 30,9 15,9 6,7 2,3 0,6 0,1
T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90



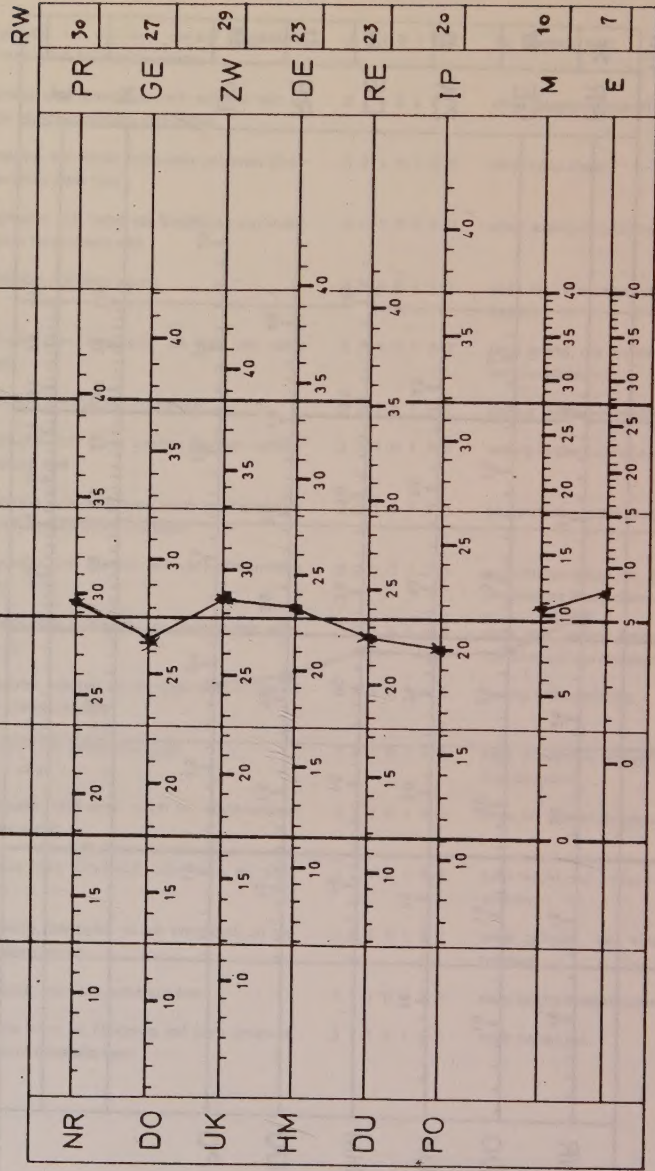
(beurteilt von _____) Name _____ Geburtsdatum _____
Beruf _____ Testdatum _____

n = 43 (Ges.), Durchschnittswerte

GT-Profilblatt

%-Rang

T 6- 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90



(beurteilt von _____)

Name _____ Geburtsdatum _____

Beruf _____ Testdatum _____

